JOURNAL
DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

JOURNAL
DE MÉDECINE
DE BORDEAUX,

Publié par

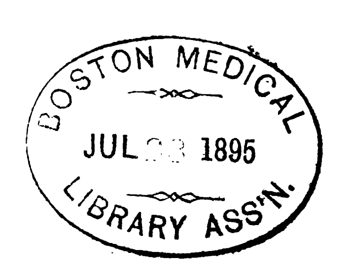
MM. **AZAM**, Professeur-adjoint de Clinique chirurgicale; **BARBET**, Professeur de Pharmacie et de Toxicologie; **BITOT**, Professeur d'Anatomie et de Physiologie; **COSTES**, Professeur de Pathologie externe et de Médecine opératoire; **GINTRAC**, Directeur de l'École de Médecine; HENRI **GINTRAC**, Professeur de Clinique interne, Médecin des épidémies; **JEANNEL**, Pharmacien principal à l'Hôpital militaire, Professeur de Matière médicale et de Thérapeutique; **MARTIN-BARBET**, Membre de la Société de Pharmacie; **ORÉ**, Professeur-adjoint d'Anatomie et de Physiologie; **ROUSSET**, Professeur d'Accouchements et de Maladies des femmes et des enfants, et de Clinique obstétricale; **VENOT**, Chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean (Vénériens), Professeur libre de Clinique syphilographique.

Rédacteur en Chef : M. COSTES.

DEUXIÈME SÉRIE. — 9me ANNÉE.

BORDEAUX
G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,
ancien hôtel de l'Archevêché, rue Guiraude, 11.

1864


BOSTON MEDICAL
JUL 1895
LIBRARY ASS'N.



DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE SUR LA CONTAGION DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

Extrait d'un travail présenté à l'Académie de Médecine de Paris, dans sa séance du 28 juillet 1863);

par M. Henri GINTRAC, professeur de Clinique interne.

Lorsque Bretonneau vint, il y a trente-quatre ans, annoncer au sein de l'Académie de Médecine le résultat de ses observations sur le mode de propagation de la dothienenterie, on n'accueillit qu'avec une extrême réserve les idées qu'il exprima touchant la contagion de cette maladie. Bientôt après Gendron (de Château-du-Loir) rapportait un si grand nombre de faits à l'appui de cette doctrine, qu'il paraissait difficile d'en contester la solidité. Depuis lors, bien des observateurs ont confirmé par leurs recherches personnelles l'opinion de l'éminent médecin de Tours. En 1849, M. Piedvache, résumant les exemples connus de contagion de fièvre typhoïde, les éclairant et les fortifiant par ses propres investigations, obtenait la récompense offerte par l'Académie de Médecine au Mémoire qui ferait le mieux juger de cette propriété contagieuse. Dans son remarquable Rapport sur les épidémies qui régnèrent en France pendant l'année 1857, M. Trousseau signalait des faits incontestables de transmission de fièvre typhoïde.

Malgré tous ces travaux, la question de contagion semble encore indécise. Cette divergence d'opinions ne tient-elle pas à ce que la fièvre typhoïde peut naître et se propager sous deux influences essentiellement distinctes, naître sous l'influence de causes locales délétères, se propager par voie de contagion? La fièvre typhoïde est souvent produite par une insalubrité locale; ainsi, la mauvaise tenue des habitations, l'encombrement, le défaut d'aération et de propreté, font de certaines maisons, de certains quartiers, de certaines villes, de véritables foyers d'infection.

De pareilles localités sont à la fièvre typhoïde ce que les marais sont à la fièvre intermittente, ce que les colonies et certaines régions équatoriales sont à la fièvre jaune.

Sans y être absolument endémiques, ces maladies y sont du moins fréquentes; elles s'y développent dans des conditions atmosphériques particulières, et si ces conditions ne sont pas toujours aussi nettement exprimées pour la fièvre typhoïde, on ne peut pas cependant les révoquer en doute.

De même que la fièvre jaune épargne les indigènes et les individus acclimatés, de même la fièvre typhoïde respecte dans quelques localités insalubres les individus qui les habitent depuis un certain temps. Quant aux sujets nouvellement exposés à ces causes locales d'infection, ils en reçoivent une influence funeste.

On n'a pas oublié la fameuse enquête de Chervin. Pendant dix ans, il a cherché à éclairer la véritable étiologie de la fièvre jaune, et à peu près partout il lui était répondu qu'elle n'était point contagieuse. Et cependant quelle est la signification de ces épidémies de Cadix, de Gibraltar, de Barcelone, du Passage, de Saint-Nazaire? Peut-on douter que la fièvre jaune n'ait été importée et ne se soit propagée par voie de contagion dans ces contrées qui n'en sont pas un foyer habituel?

La fièvre typhoïde, comme la fièvre jaune, peut ne pas apparaître comme contagieuse, quand par son étiologie elle se rapproche des maladies endémiques; il n'en est plus de même lorsqu'elle règne dans des lieux qui ne favorisent point son développement primitif. Dans les villes, on en peut souvent contester la transmissibilité; dans les campagnes, il est facile de suivre les traces d'une propagation contagieuse.

Le doute est permis lorsqu'on ne sait trop discerner si la fièvre typhoïde est l'effet de causes locales ou le résultat d'une transmission d'individu à individu. Mais toute incertitude ne doit-elle pas cesser, lorsqu'on peut suivre la même épidémie dans deux conditions locales essentiellement différentes, de telle sorte que les circonstances qui expliquaient son origine dans une localité, ne rendent plus raison de sa propagation dans une autre?

Ces deux conditions opposées, je les ai constatées. J'ai vu une épidémie de fièvre typhoïde naître par infection, se transporter ensuite dans des lieux différents sous le rapport de leur situation, de leur exposition, de leur constitution géologique, et se propager alors par contagion de la manière la plus évidente. En exposant ces faits dans toute leur simplicité, j'espère apporter mon faible tribut à la solution de ce problème étiologique.

La commune de Sainte-Croix du Mont est située dans le canton de Cadillac, à 36 kilomètres de Bordeaux, dans la direction du sud-sud-est. Elle s'étend à la fois, et sur l'un des coteaux les plus élevés de la rive droite de la Garonne, et sur une plaine basse qui borde ce fleuve. Dans cette dernière partie se trouve une série de maisons toutes adossées contre le coteau, rangées sur une seule ligne, ayant leurs façades principales dirigées vers la rivière. Ces maisons, qui ont été le foyer principal de l'épidémie, sont éloignées de 400 mètres

environ de la Garonne; elles en sont séparées par des terrains d'une grande fertilité, mais sujets aux inondations.

Le premier exemple de fièvre typhoïde fut constaté le 4 septembre 1853. Un jeune homme, de vingt ans (Louis David), en présenta tous les symptômes : fièvre continue, prostration, stupeur, céphalalgie intense, épistaxis, ballonnement du ventre, gargouillement, diarrhée, taches lenticulaires à la base de la poitrine et sur l'abdomen; plus tard, délire, coma, soubresauts des tendons, évacuations alvines et urinaires involontaires. Après quarante jours d'un état grave, la convalescence s'établit.

Le 7 septembre, deux terrassiers logés dans une maison voisine de celle qu'habitait David, mais n'ayant eu avec lui aucun rapport, offrirent des symptômes identiques.

La maladie prit, vers le 15 septembre, un caractère sérieusement épidémique; elle atteignit 45 individus du 15 au 30 du même mois; 17 autres du 1er au 15 octobre. A cette époque, elle perdit de son intensité; le 15 novembre, elle avait complètement cessé.

Sur une population de 280 habitants, 48 hommes et 17 femmes avaient subi l'influence morbide. Ils étaient ainsi répartis par rapport aux âges :

14 avaient de vingt à trente ans;
37 — de trente à quarante ans;
10 — de quarante à cinquante ans;
4 — de cinquante à soixante ans.

Sans m'arrêter à faire une description minutieuse de la fièvre typhoïde considérée, soit chez les individus, soit dans son ensemble, je crois utile de signaler d'une manière générale le résultat de mes observations :

1° La maladie a presque toujours débuté par une fièvre d'apparence intermittente, se traduisant par quelques frissons suivis de chaleur et de sueurs; les accès n'étaient pas

nettement tranchés; le sulfate de quinine ne réussissait point. Après deux ou trois jours, la fièvre prenait une forme, d'abord rémittente, et plus tard continue.

2° A ce moment, des phénomènes morbides graves se manifestaient du côté de l'appareil digestif : c'étaient des vomissements, des douleurs dans le ventre avec météorisme, du gargouillement au niveau de la fosse iliaque droite, de la diarrhée, des taches rosées lenticulaires disséminées sur la poitrine et l'abdomen. De tous les symptômes de la fièvre typhoïde, ceux que je viens de rapporter, et qui se rattachent à l'entérite folliculeuse, ont été les plus fréquents.

3° L'altération du sang s'est quelquefois caractérisée par l'enduit fuligineux des dents et des lèvres, par des épistaxis abondantes, des hémorrhagies intestinales.

4° Des symptômes qui dénotaient une lésion de l'innervation se sont produits du vingtième au vingt-sixième jour, savoir : une diminution de l'ouïe, de la somnolence, du coma, du délire, des soubresauts de tendons, etc., etc.

5° Vers le trentième jour, les poumons sont devenus le siége d'un engouement assez considérable. La dyspnée était le symptôme prédominant : seize malades ont présenté cette complication de pneumonie hypostatique.

6° Vers la fin de la fièvre typhoïde sont venus se joindre, à l'état morbide existant déjà, des accès de fièvre intermittente. Cette périodicité avait été remarquée au début de l'affection; elle s'est retrouvée plus franchement régulière lors de la convalescence; elle a cédé à l'emploi du sulfate de quinine. Ce n'étaient pas des exacerbations dues à la lésion de l'intestin, mais bien de véritables accès de fièvre surajoutés et indépendants.

7° Les convalescences ont été longues pendant cette période; le pouls a souvent conservé une grande fréquence; il s'est maintenu de 120 à 130 pulsations, alors que tous les symptômes de fièvre typhoïde semblaient dissipés.

8° Le génie épidémique a exercé une certaine influence sur les maladies qui étaient alors observées; il en a modifié la physionomie. Ainsi, j'ai vu la dysenterie prendre rapidement la forme adynamique; les émissions sanguines produire, même dans les affections d'apparence inflammatoire, un prompt anéantissement des forces. Dans les fièvres intermittentes les doses de sulfate de quinine nécessaires pour enrayer les accès et empêcher leur retour devaient être élevées et longtemps employées.

Sur les 65 malades, 5 sont morts : 3 avec la forme ataxique, et 2 par suite de la pneumonie hypostatique.

Quelle avait été la cause de cette épidémie de fièvre typhoïde?

Sainte-Croix du Mont est un village salubre, formant en quelque sorte une demi-rue; les habitations sont vastes, suffisamment aérées. Il n'y avait pas lieu de redouter les effets de l'encombrement. Dans les mois de mai, juin et juillet 1853, la Garonne avait débordé; elle avait inondé les prairies dont j'ai déjà parlé, et baigné pendant plusieurs semaines le pied des maisons. Une circonstance particulière rendait le séjour de l'eau plus considérable et plus prolongé. Jadis un bras de rivière séparait le village d'une île placée au devant. Depuis quelques années, ce cours d'eau avait été détourné : l'île s'est en quelque sorte soudée à la terre ferme, en laissant des excavations nombreuses et profondes. L'eau apportée par les débordements dans ces fosses, ne trouvant pas un écoulement libre, y avait séjourné; il en était résulté des mares considérables qui n'avaient été desséchées que lors des grandes chaleurs des mois de juillet et d'août? N'étaient-ce pas là des foyers de miasmes infectieux, susceptibles d'expliquer le développement de cette fièvre typhoïde à laquelle s'était si manifestement associé le genre intermittent?

L'épidémie de fièvre typhoïde était à peine terminée à Sainte-Croix du Mont, qu'une maladie de même nature frappait les habitants de Gabarnac.

Ce village, situé sur la rive droite de la Garonne, à 3 kilomètres de ce fleuve, à 2 kilomètres de Sainte-Croix du Mont, est assis sur un plateau très élevé; il compte une population de 400 habitants, et se compose de plusieurs hameaux, séparés les uns des autres par des champs très bien cultivés. La situation de ce village sur un coteau, l'isolement et la bonne tenue des maisons, l'hygiène bien comprise des habitants, la fertilité du sol et son excellente culture, constituaient pour cette commune une sorte d'immunité pathologique. Il n'était donc pas possible de trouver dans des conditions locales l'origine de cette maladie. Voici ce que l'observation a révélé :

Marie Vialard, âgée de trente-quatre ans, habite Gabarnac. Elle a toujours joui d'une bonne santé. Au mois de septembre, elle se rend à Sainte-Croix du Mont, dans une famille dont cinq membres sont atteints de fièvre typhoïde. Pendant vingt jours environ, elle leur donne les soins les plus empressés. Au bout de ce temps, elle revient chez elle. Le 20 octobre, elle éprouve d'abord quelques accès fébriles irréguliers, puis la fièvre devient continue, s'accompagnant de vomissements, de douleurs abdominales, de diarrhée. L'affection prend une physionomie caractéristique; les dents, les lèvres et la langue se couvrent d'un enduit fuligineux; des taches rosées se montrent à la base de la poitrine et sur le ventre; il y a, pendant la nuit, des rêvasseries; le jour, du subdélirium. Des hémorrhagies nasales se renouvellent assez fréquemment. Malgré l'emploi des toniques, du quinquina, d'une alimentation suffisante, l'adynamie fait des progrès, et le trente-cinquième jour seulement arrive la convalescence.

Marie Vialard occupe une maison vaste et isolée au milieu des champs; elle habite avec son mari, son père, sa mère, son frère et une servante. De ces six personnes qui n'avaient eu aucun rapport avec les malades de Sainte-Croix du Mont, trois lui consacrent plus spécialement leurs soins. Elles sont toutes trois atteintes de fièvre typhoïde. C'est d'abord : la mère, âgée de cinquante-six ans, qui avait à peine quitté le lit de sa fille; puis la servante, âgée de vingt-six ans, qui avait veillé principalement les nuits; enfin, la sœur, âgée de vingt-trois ans. Le frère, âgé de vingt ans; le père, qui en avait cinquante-huit, et le mari, sont exempts. Cette immunité ne pourrait-elle pas s'expliquer par l'obligation où ils se trouvaient de travailler dans les champs une grande partie de la journée?

La fièvre typhoïde offrit chez ces quatre malades une grande analogie. Elle affecta chez tous la forme abdominale; elle se compliqua chez la servante d'un état ataxique qui détermina la mort.

Marie Messine, âgée de vingt-huit ans, dont la maison est éloignée de 500 mètres de celle de Marie Vialard, était venue pour la soigner. Elle est douée d'une excellente constitution; elle n'a jamais eu de maladies sérieuses. Elle passe plusieurs jours et plusieurs nuits près de sa parente. Fatiguée, elle revient chez elle. Bientôt après, elle est obligée de s'aliter; elle a de la fièvre, et le médecin constate successivement tous les phénomènes de la fièvre typhoïde. La mort arrive le trente-unième jour, pendant que prédominent les symptômes cérébraux.

Messine avait une fille de quatre ans qui couchait dans sa chambre. Cette enfant, qui avait toujours été d'une santé parfaite, eut vers la fin de la maladie de sa mère une gastro-entérite avec fièvre continue. Cette affection intestinale ne se présenta point sous la forme d'une phlegmasie simple; il

fut facile de reconnaître dans ses caractères et sa marche une influence pathogénique spéciale.

Jeanne Cousteau, âgée de trente ans, et Philippine Cazade qui en avait quarante-trois, étaient venues soigner Marie Messine. Après sa mort, elles regagnèrent leurs habitations qui se trouvent à plusieurs kilomètres. Quelques jours après, Jeanne Cousteau est atteinte d'une fièvre typhoïde grave, à forme abdominale; elle guérit, et ne la transmet à aucune des personnes qui l'entourent. Philippine Cazade est frappée de la même maladie, et la communique à son mari âgé de quarante-neuf ans, à deux de ses enfants âgés de vingt-deux et vingt ans. Celui de seize est seul préservé.

Marie Vimeneux, âgée de vingt-six ans, visite régulièrement la famille Cazade. Elle reste près de ces malheureux une partie de la journée. Après leur avoir consacré les soins les plus assidus pendant près de deux semaines, elle se sent souffrante; elle est obligée de revenir à son domicile, qui est éloigné de plusieurs kilomètres, et elle est prise de fièvre typhoïde. Les symptômes ataxiques acquièrent rapidement un haut degré d'intensité. La mort a lieu le trente-quatrième jour.

Marie Sentie, âgée de trente-deux ans, habite à 4 kilomètres de Saint-Croix du Mont; elle était allée dans cette commune soigner sa belle-mère, qui était atteinte de fièvre typhoïde; elle l'assiste pendant vingt-six jours jusqu'au moment de sa mort, puis elle rentre à sa demeure, qui est isolée, située au sommet d'un coteau, dans un lieu parfaitement salubre. Elle allaitait à ce moment un enfant âgé de huit mois. Elle présente bientôt les symptômes non douteux de la fièvre typhoïde. Malgré l'avis de son médecin, elle continue de nourrir son enfant; mais la sécrétion du lait s'étant arrêtée, elle est obligée d'y renoncer. L'enfant est lui-même souffrant; on le transporte chez Marie Giraud.

Cette femme, âgée de vingt-neuf ans, d'une forte constitution, habite à 3 kilomètres, dans une localité dont l'état sanitaire est excellent; elle allaite pendant vingt jours cet enfant, qui succombe après avoir offert, comme symptômes principaux, des vomissements, une diarrhée involontaire, du ballonnement du ventre, un mouvement fébrile continu avec exacerbation le soir.

Pendant les derniers jours de l'existence de cet enfant, Marie Giraud est prise de fièvre. L'affection semble se localiser dans le ventre, se rapporter à une gastro-entérite simple; mais l'illusion n'est que de courte durée : la fièvre typhoïde se dessine avec les symptômes les plus tranchés, et se termine d'une manière fatale.

Dans la maison de Marie Giraud habitent avec elle, son père, sa mère, sa sœur et son frère. Le père, la mère et la sœur restent assidûment près de la malade. Tous trois sont atteints de fièvre typhoïde; la mère succombe au milieu de symptômes qui rappellent la fièvre ataxo-adynamique; le père et la fille n'offrent que les symptômes de l'entérite folliculeuse. Quant au frère, il est entièrement exempt de tout état morbide.

Jeanne Larieu, âgée de quarante-un ans, qui habite à 3 kilomètres dans un hameau, vient soigner la famille Giraud. Pendant un mois, elle fait preuve d'un grand dévouement. Au bout de ce temps, elle éprouve de la fièvre et de la diarrhée. Les premiers jours, elle ne s'en préoccupe point. Cependant, se sentant affaiblie, elle se fait porter chez elle en voiture, et présente bientôt les symptômes de la fièvre typhoïde, notamment ceux qui se rattachent à l'entérite folliculeuse et à l'altération du sang. Elle guérit, mais communiqua sa maladie aux personnes qui l'avaient plus particulièrement soignée, c'est à dire à son mari âgé de cinquante-deux ans, à sa fille qui en avait vingt-un, et à une servante.

La maladie qui a sévi dans les communes de Sainte-Croix du Mont et de Gabarnac était évidemment la fièvre typhoïde. Il ne manquait pour la caractériser aucun des symptômes pathognomoniques.

Cette épidémie, ou plutôt ces deux épidémies, ont offert deux origines distinctes, deux modes de propagation différents.

A Sainte-Croix du Mont, la fièvre typhoïde est produite par une insalubrité locale, par des influences telluriques; elle est le résultat d'une infection, et elle frappe dans un court espace de temps un certain nombre d'individus qui n'avaient eu entre eux aucun rapport direct.

A Gabarnac, la fièvre typhoïde se transmet par contagion, et il est facile de suivre chez vingt-deux individus la trace du principe morbifique. J'avais un instant hésité, je l'avoue, à considérer cet enfant de huit mois comme un agent de propagation contagieuse, et cependant répugne-t-il à la raison d'admettre qu'un enfant nourri par une mère atteinte de fièvre typhoïde s'imprégne de miasmes, et que, plus tard, transporté à une certaine distance en dehors du foyer contagieux, il communique à la nouvelle nourrice la maladie dont il avait puisé le germe au sein de la première?

La plupart des individus qui ont reçu l'influence du principe contagieux étaient restés dix à douze jours environ près des malades à les soigner. Il serait difficile de préciser la durée de l'incubation. On sait bien quand les premiers effets de la contagion se manifestent, mais on ignore à quelle époque précise l'individu contaminé a absorbé le principe contagieux.

Que la fièvre typhoïde ait tiré son origine de l'infection ou de la contagion, elle a offert dans les deux cas la plus grande analogie de symptômes et le même degré de gravité.

Ancien élève de l'École de Paris, médecin dans une grande ville, attaché depuis longtemps à un vaste hôpital, je n'avais observé aucun fait positif de transmission de dothienenterie, et je croyais peu à la contagion; mais les événements qui se sont déroulés sous mes yeux m'ont fourni l'occasion de comparer deux épidémies voisines et successives : l'une causée par infection, l'autre manifestement produite et propagée par contagion. — Je conclus que, dans certaines circonstances encore indéterminées, la fièvre typhoïde est contagieuse.

CHIRURGIE ANGLAISE.

RESSERREMENT CICATRICIEL DES MACHOIRES.

Modification à l'ancienne méthode opératoire

par M. HEATH, chirurgien de l'hôpital de Westminster.

Le numéro de mai 1863 du *Dublin quarterly Journal, of medical Science,* renferme un article intéressant de M. Heath, sur une modification opératoire qui lui a réussi chez deux malades atteints de resserrement cicatriciel des mâchoires, et qui dans des cas donnés peut rendre des services. Ce chirurgien donne trois observations. Dans la première, pour une ankylose cicatricielle suite d'une nécrose, il a pratiqué avec succès l'opération d'Esmarch, c'est à dire la création d'une fausse articulation, par résection, d'un coin osseux du maxillaire inférieur. — Chez le deuxième malade, qui présentait une lésion analogue, compliquée d'adhérence des joues aux mâchoires, et d'adhérences des mâchoires entre elles, le chirurgien, M. Holt, est arrivé à un résultat heureux sans employer la résection. Il a séparé les joues des lèvres, rompu l'adhérence des mâchoires, et, par un moyen mécanique qui trouvera

plus tard sa description, il a favorisé la reproduction de la muqueuse. — Chez le troisième malade, dont l'état était beaucoup plus grave, M. Heath a employé un moyen analogue et a obtenu un succès remarquable.

Je crois qu'il n'est pas inutile, pour l'intelligence de ce qui va suivre, d'entrer dans quelques détails sur les indications théoriques et les méthodes de ces opérations.

Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui sont atteints de la triste infirmité désignée sous le nom d'*ankylose* ou *resserrement cicatriciel des mâchoires*. Ce resserrement a presque toujours la même cause sous des formes diverses, c'est à dire une inflammation chronique avec suppuration, ou perte de substance des joues, des lèvres, ou une nécrose des mâchoires. Cette inflammation chronique amène des cicatrices ou des adhérences, soit entre les mâchoires, soit entre les joues et les mâchoires, soit enfin entre toutes ces parties à la fois, et les malades sont victimes d'une redoutable infirmité.

A part l'aspect repoussant, leur vie est mise en danger par insuffisance de nourriture, et cet état peut acquérir une telle gravité, que les tentatives pour y remédier, quelque hardies qu'elles soient, doivent être considérées comme très légitimes.

L'état anatomique des parties peut, on le comprend, singulièrement varier. Chez les uns, il y aura ankylose osseuse complète d'une ou des deux articulations temporo-maxillaires. J'ai hâte de dire que cette complication est des plus rares. L'expérience a démontré que des adhérences vicieuses des mâchoires, prolongées pendant longues années, entraînent très rarement cette soudure. Chez d'autres, une cicatrice des joues, suite de gangrène ou de plaie, etc., etc., aura amené l'immobilité de celles-ci. Quelquefois, cette cicatrice sera adhérente aux gencives, aux mâchoires, soit au niveau des commissures, soit dans la profondeur de la bouche. D'autres

fois encore, les mâchoires elles-mêmes seront devenues adhérentes entre elles, reliées par du tissu fibreux, ou même par des plaques osseuses.

Dans tous ces cas, le chirurgien aura à discerner le mode opératoire applicable. Nous allons voir quelles sont les idées diverses qu'a suscitées l'étude de ces formes de la maladie.

Il n'est pas douteux que, depuis déjà longues années, les chirurgiens n'aient tenté de remédier à l'infirmité qui nous occupe, en coupant les brides qui maintenaient les deux mâchoires adhérentes; le plus souvent, c'est à dire dans les cas où les articulations temporo-maxillaires n'étaient pas ankylosées, les malades éprouvaient un soulagement immédiat, les mâchoires s'écartaient; mais à mesure que la cicatrisation se complétait, la bride se reproduisait plus dense, les adhérences se reconstituaient, et, après un temps qui variait de trois semaines à six mois, l'infirmité était reproduite, le plus souvent plus grave qu'auparavant. Pour empêcher ce résultat prévu, on avait appliqué des coins de bois, des appareils à vis, mais inutilement. En 1839, Dieulafoy, de Toulouse, avait coupé le masséter. En 1841, Carnochan, de New-York, avait coupé le même muscle, proposé la ténotomie du temporal et entrevu le procédé d'Esmarch. Dieffenbach en avait également parlé dans sa chirurgie opératoire; mais, je le répète, les insuccès avaient été si nombreux, que cette méthode était à peu près abandonnée, lorsqu'un chirurgien danois, Esmarch, mit en pratique le procédé qui porte aujourd'hui son nom.

L'histoire de cette méthode opératoire est des plus intéressantes. Il n'entre pas dans mon cadre de m'appesantir sur elle. Je renverrai sur ce point le lecteur à l'excellent travail de M. Verneuil, publié en 1860 dans les *Archives;* aux discussions de la Société de Chirurgie, et aux articles de la *Gazette hebdomadaire*. Qu'il me suffise de dire que la

création d'une fausse ankylose de la mâchoire inférieure, pour remédier au resserrement chronique, compte aujourd'hui deux procédés : l'un, celui d'Esmarch, qui consiste à resequer un coin à base inférieure du maxillaire inférieur en avant des adhérences géniennes; l'autre, qui consiste à faire dans le même point une section simple de cet os. Dans celui d'Esmarch, la fausse ankylose a pour siége le tissu fibreux, de nouvelle formation, qui comble l'espace laissé vide par la résection. Dans celui de M. Rizzoli, il n'y a pas, à proprement parler, de fausse articulation. Les deux extrémités osseuses étant maintenues séparées par un corps étranger ou par des mouvements appropriés, il se forme sur leur coupe une membrane muqueuse continue avec celle qui tapisse la bouche, et le succès de l'opération est à tout jamais assuré.

La formation de cette nouvelle muqueuse est le point le plus important; c'est le but auquel doit tendre l'opération, et c'est ce qui, suivant moi, donne au procédé de Rizzoli une supériorité marquée sur celui d'Esmarch. Quelque étendue, en effet, qu'ait le tissu fibreux dont on recherche la formation dans ce dernier procédé, ce tissu a une tendance invincible à la rétraction.

Ces procédés connus à l'étranger, mis en pratique en Amérique, en Danemark et en Italie, ne sont entrés dans la chirurgie française que par les efforts de M. Verneuil, qui le premier les a popularisés, et a provoqué sur ce sujet des discussions à la Société de Chirurgie.

Pour être juste, je dois dire que, malgré l'incontestable habileté des chirurgiens qui l'ont employée, — il me suffit de citer les noms de MM. Huguier, Boinet, Verneuil, Marjolin, Bauchet, — cette méthode n'a jusqu'ici compté en France que des insuccès. La dernière malade a été opérée par M. Boinet, le 20 juin 1863, par le procédé d'Esmarch. Le procédé Rizzoli

ayant déjà échoué sur elle, j'ignore ce qu'il en est advenu.

Ces insuccès, quoique bien constatés, sont loin de me faire penser que ces procédés, surtout celui de M. Rizzoli, ne méritent bien toute notre attention. Les succès de ce dernier chirurgien sont incontestables, et ils comptent déjà plusieurs années de date. Je crois donc qu'il y a lieu d'étudier les détails d'exécution, et d'insister surtout sur l'interposition de corps étrangers entre les os, destinés à favoriser la formation d'une muqueuse plutôt que d'un cal fibreux.

Ce sont précisément ces détails d'exécution et le soin excessif mis à favoriser la formation de la muqueuse qui font le caractère et l'intérêt des Observations que je vais traduire. Chez ces deux malades, le chirurgien n'a pas cherché à pratiquer de fausses articulations. Il a perfectionné la méthode ancienne, la section des brides et des adhérences, et il est arrivé à un heureux résultat.

Ces deux Observations ont été publiées, l'une onze mois après, l'autre cinq mois après l'opération.

Ire Obs. — H., âgée de dix-sept ans, a été admise à l'hôpital de Westminster, service de M. Holt, le 3 juillet 1862, pour y être traitée d'un resserrement des mâchoires.

En 1857, un abcès à la joue droite, consécutif à une longue fièvre, a amené une contracture des mâchoires et une adhérence de la muqueuse, qui ne permettent l'ouverture de la bouche qu'avec la plus grande difficulté. Cette difficulté s'est accrue peu à peu, et a résisté aux tentatives qui ont été faites maintes fois pour maintenir la bouche ouverte au moyen d'une cuillère. — En 1859, H. a eu la fièvre scarlatine, et au mois d'août de la même année elle a été adressée à l'hôpital de Canterbury. Le chirurgien lui a enlevé plusieurs dents, et, au moyen d'une vis de fer, il a forcé l'ouverture de la bouche, mais sans que le résultat se soit maintenu.

Le 29 novembre 1860, elle fut admise à l'hôpital de

Westminster, où M. Holt sutura largement la cicatrice en dedans de la joue, et chercha à maintenir la mâchoire ouverte. Elle sortit en janvier 1861.

Admise de nouveau le 3 juillet 1862, elle était dans l'état suivant :

La bouche est resserrée du côté droit, mais pas assez pour empêcher les lèvres de s'ouvrir et de montrer les dents de devant. Les mâchoires sont solidement appliquées l'une contre l'autre, la supérieure dépassant un peu l'inférieure. Il existe un espace de quelques lignes par lequel la nourriture est introduite. La joue droite est très épaisse et très rigide, et le doigt, rencontrant une solide adhérence de la joue aux lèvres, ne peut dépasser de ce côté le niveau de la canine. Du côté gauche, la muqueuse est libre et saine. La santé de la malade est bonne, et elle se nourrit assez quoique lentement.

Opération le 23 juillet 1862.

La malade ayant été chloroformée, M. Holt divise largement la cicatrice en dedans de la bouche, séparant ainsi la joue des mâchoires supérieure et inférieure, jusqu'à ce que le doigt puisse atteindre la branche de la mâchoire. — Cela fait, les mâchoires étaient encore adhérentes, et il fut démontré que plusieurs dents de la mâchoire inférieure étaient renversées en dedans, et que du bord de leurs alvéoles s'élevait une plaque osseuse qui allait rejoindre le bord des alvéoles supérieures correspondantes et qui empêchait toute séparation. Cette plaque osseuse est sectionnée avec la pince coupante, et la joue est bourrée avec de la charpie huilée pour empêcher l'adhérence.

Le 25 juillet la joue est très enflée, la charpie est enlevée et remplacée par d'autre.

Le 28, la tuméfaction ayant diminué, la malade est chloroformée. M. Clendon, dentiste, prend, avec une plaque de

gutta-percha, un moule de l'intérieur de la bouche pour confectionner des plaques qui seront attachées aux dents, et qui seront interposées aux joues et aux gencives.

Le 30, les plaques sont mises en place; elles ont deux portions : l'une horizontale, étendue sur les molaires, et fixée en avant à la canine et à une incisive par un fil métallique; et une portion verticale qui remonte le long des alvéoles et pénètre jusqu'au fond du sillon qui sépare la joue des gencives. Leur bord mince est destiné à empêcher les adhérences qui commencent à se former.

Jusqu'au 7 août, on passe chaque jour le doigt entre les joues et les plaques; celles-ci tiennent très bien. Deux coins de bois sont placés, un de chaque côté, pour maintenir les màchoires ouvertes.

Le 15, les gencives et les joues commencent à se recouvrir d'une membrane muqueuse. Une bande cicatricielle qui commence à se former est détruite avec le nitrate d'argent.

Le 1er septembre, les coins et les plaques sont enlevés. Ces dernières ont heureusement empêché la formation des adhérences.

Depuis ce moment, la guérison n'a pas cessé de progresser, et toute tendance à la récidive semble disparaître. La malade est restée en observation jusqu'au 1er novembre, époque où elle a été renvoyée dans son pays. Mais les plaques ont été maintenues dans la bouche, ainsi qu'un coin de bois. Elle s'est très bien habituée à ces appareils; en décembre, elle portait encore ses plaques, quoique sa guérison fût complète.

Cet appareil, porté aussi longtemps, a eu pour effet, non seulement d'empêcher les adhérences entre les joues et les mâchoires, mais encore de rétablir dans toute son étendue le sillon muqueux qui sépare les joues des gencives, sur la reconstitution duquel insiste tant le professeur Esmarch.

La deuxième Observation est plus remarquable encore que la précédente : la jeune malade présentait de chaque côté, à partir des angles de la bouche, des ahérences complètes des joues aux alvéoles. — Dans ce cas, ainsi que le fait remarquer M. Heath, l'opération d'Esmarch eût été sans avantage, la portion centrale du maxillaire inférieur, la seule qui eût pu être séparée par une double section, n'étant pas soumise à l'action des muscles élévateurs.

Cette opération fut pratiquée en décembre 1862, avec l'aide du dentiste distingué M. Clendon, que nous avons déjà nommé; elle consista dans la section complète des adhérences et l'adaptation de plaques, qui furent modifiées d'époque en époque.

Revue cinq mois après, la malade était complètement guérie.

IIe Obs. — Isabelle M., âgée de dix-huit ans, a été admise dans le service de M. Heath, pour être traitée d'un resserrement des mâchoires.

A l'âge de cinq ans, elle a eu la rougeole, et il est probable qu'elle a pris du mercure. Quelques mois après, ses parents ont remarqué chez elle une contracture des joues, et à l'âge de six ans ses mâchoires étaient solidement appliquées l'une contre l'autre. A l'âge de sept ans, elle fut admise à l'infirmerie de Dundee, où on lui fit une opération qui n'amena aucun résultat. A onze ans, à l'hôpital de Londres, M. Luke sectionna les cicatrices et ouvrit les mâchoires avec un appareil à vis. Elle y demeura six mois, et en éprouva une amélioration temporaire. Admise de nouveau, dix-huit mois après, la même opération fut pratiquée. Un bourdonnet de charpie huilée fut introduit entre les joues et les gencives, et des coins de bois furent maintenus longtemps par les parents pour maintenir l'écartement des mâchoires. Malgré ces soins, la contracture revint. Deux ans et

demi après, les mâchoires étaient encore solidement fermées.

État actuel : La bouche est plus petite qu'à l'ordinaire; les angles sont resserrés, mais la malade peut montrer ses dents incisives. Ces dents sont solidement appliquées les unes sur les autres. Les joues sont adhérentes aux alvéoles à partir de l'angle de la mâchoire, et il est impossible d'abaisser la mâchoire inférieure. Un certain mouvement de latéralité est encore possible. La nourriture est introduite par une ouverture située du côté droit, à la place d'une incisive. La malade est en bon état, mais elle n'est pas réglée depuis cinq mois.

Opération. — Le 16 décembre, la malade étant chloroformée, M. Heath procède à la séparation de la joue et des gencives en passant un bistouri par la bouche; les cicatrices étaient très solides, et fixaient non seulement les joues aux gencives, mais encore les gencives supérieures et inférieures ensemble. Cela fait, la séparation des mâchoires est exécutée avec un appareil à vis. Pendant l'opération, un petit coin de bois est extrait d'entre les dents; il y était fixé depuis plusieurs mois. Des bourdonnets de charpie huilée sont introduits entre les alvéoles et les joues, et la malade est reportée à son lit.

Le 18, les bourdonnets sont enlevés; la bouche est nettoyée; la malade peut l'ouvrir un peu, mais les mouvements sont douloureux. (Même pansement.)

Le 20, la malade étant de nouveau chloroformée, M. Clendon cherche à prendre un moule de la bouche; mais l'ouverture est si étroite et les mâchoires si rapprochées, qu'il n'y peut parvenir. On reconnaît alors que les dents sont incomplètement développées, à l'exception des incisives, qui elles-mêmes sont peu solides, et ne pourront offrir que peu d'appui pour les plaques.

22. M. Clendon prend, sur la face externe des joues, des

moules de gutta-percha, comme indication approximativo pour la confection des plaques.

25. Le chirurgien interne a été appelé dans la nuit pour arrêter une hémorrhagie qui venait du côté gauche du fond de la bouche; le même jour, l'hémorrhagie s'est renouvelée.

26. M. Heath reconnaît que la malade a été très affaiblie par la perte de sang, et pense qu'il ne faut pas toucher au pansement. (Régime tonique.)

27. Forte hémorrhagie artérielle, qui n'est arrêtée qu'en enlevant les caillots et le pansement, et en injectant de l'eau très froide.

29. La perte du sang paraît arrêtée; mais la malade est presque anémique, et M. Heath remet à plus tard ce qui reste à faire.

5 janvier 1863. La malade étant chloroformée, M. Heath introduit son doigt entre les joues et les alvéoles pour rompre les légères adhérences qui commençaient à se former, et M. Clendon enlève quelques chicots et toutes les incisives, excepté une centrale supérieure; il lui est alors possible de prendre d'excellents moules de gutta-percha pour la confection des plaques.

7. Sous l'influence du chloroforme, placement des plaques d'argent sur les alvéoles; leurs bords pénètrent entre la joue et les gencives. Des morceaux de gutta-percha, en forme de coins, sont placés entre les plaques pour maintenir l'écartement des mâchoires.

10. Placement de plaques nouvelles, ayant un rebord plus grand; l'incisive restante est enlevée, ainsi que quelques chicots.

14. Les coins de gutta-percha sont remplacés par des coins en os, pour plus de propreté. (Lotions fréquentes avec de l'eau légèrement chlorurée.)

21. La malade étant chloroformée, M. Heath fait un examen complet des profondeurs de la bouche. Le sillon genio-alvéolaire a augmenté de profondeur, et le doigt peut être porté de chaque côté jusqu'aux dents de sagesse; la bouche est maintenue bien ouverte par les coins d'os, et l'absence des incisives donne une large place pour l'introduction de la nourriture. Les plaques et les coins sont remis en place.

28. Sous l'influence du chloroforme, les plaques sont enlevées, et avant de les replacer, on les double d'une couche mince de gutta-percha. La bouche s'ouvre facilement, et la putridité a beaucoup diminué.

4 février. Introduction de plaques nouvelles avec des rebords pénétrant plus profondément.

28. La malade peut abaisser la mâchoire inférieure, malgré la présence des plaques, et son état devient de plus en plus satisfaisant. L'appareil, qui était en place depuis trois semaines, est enlevé pour le remplacement de la gutta-percha.

11 mars. Enlèvement des plaques avec le chloroforme; les coins d'os sont remplacés par des coins mobiles de gutta-percha, que la malade enlève pour manger et pour exercer le mouvement de sa mâchoire; les granulations des joues sont touchées avec le nitrate d'argent.

25 mars. Quelques adhérences qui s'étaient faites entre les lèvres et les alvéoles sont détruites par M. Heath, et le bord des plaques est prolongé en avant pour empêcher leur reproduction.

Le 2 avril, le chirurgien prend une mesure exacte de la séparation des mâchoires. Entre les plaques, au niveau des incisives, la distance est d'un pouce; en y ajoutant l'épaisseur des appareils, on arrive à un pouce et demi. C'est un résultat des plus satisfaisants. La bouche ouverte,

on voit entre les plaques la face interne des joues; elle est recouverte d'une muqueuse de nouvelle formation; les lèvres sont mobiles, et la facilité des mouvements de la mâchoire augmente de jour en jour.

Si j'ai donné cette Observation avec tous ces détails, c'est pour faire comprendre que de soins il a fallu à M. Heath pour arriver à l'heureux résultat qui a récompensé ses efforts; il a fallu une malade docile et courageuse, une persévérance grande, et l'assistance d'un dentiste distingué. — On l'a surabondamment compris : le succès de l'opération a été amené par la persistance avec laquelle on a maintenu dans la bouche des plaques métalliques, moulées pour ainsi dire sur place, pendant plus de trois mois. Ce temps était nécessaire à la reconstitution d'une membrane muqueuse à la face interne des joues et sur les alvéoles. Comme dans l'opération de M. Rizzoli, c'est la formation de cette membrane qui est la condition du succès.

La méthode du chirurgien anglais et son succès sont bons à connaître. N'oublions pas que chez la dernière malade, on ne pouvait tenter, ni l'opération d'Esmarch, ni celle de Rizzoli; le moyen qu'il a employé peut donc, en cas pareil, rendre de grands services.

Je dois cependant ajouter que, sauf ces cas qui doivent être très rares, la formation d'une pseudarthrase par la méthode de Rizzoli me paraît une opération plus simple, moins douloureuse, et exigeant surtout de la part des malades moins de courage et de persévérance. Je ne doute pas que les succès obtenus, il y a déjà plusieurs années, par le chirurgien italien ne puissent être reproduits en France, à la condition expresse de favoriser, sur les bouts osseux séparés, la formation d'une muqueuse continue avec celle de la bouche.

L'interposition entre les fragments d'une feuille mince de gutta-percha me paraît être le meilleur moyen à employer dans ce but.

D[r] Azam.

Tentative de résection du génou. — Altération trop profonde des os, résection abandonnée. — Amputation de la cuisse par lambeaux rectangulaires ; procédé de Teale ;

par George H. PORTER, chirurgien de *Meath's hospital* et de l'Infirmerie du comté de Dublin.

Il est souvent très difficile, dans les maladies de l'articulation, d'être assuré exactement du degré d'étendue des altérations des surfaces osseuses qui les forment. — Lorsque des trajets fistuleux permettent l'introduction d'un stylet ou d'une sonde, il est quelquefois plus facile d'apprécier à quel point les os sont intéressés; mais lorsqu'on est privé de cette ressource, l'incertitude est grande. — Je pensais autrefois que cette difficulté exigeait, dans beaucoup de circonstances, l'amputation des membres que la résection aujourd'hui pourrait conserver. — Heureusement, les incisions pour découvrir les parties malades ne nous obligent pas à regarder l'amputation comme indispensable; et d'un autre côté, l'ouverture de l'articulation, pour examiner l'état des surfaces osseuses, n'influence nullement le succès de l'amputation, si leur altération est trouvée trop considérable.

Le cas que je vais mentionner est un de ceux qui manifestent avec évidence l'urgence de s'assurer par avance du véritable état des parties osseuses. Il prouve qu'elles peuvent être altérées profondément, tandis qu'en apparence elles ne le sont qu'à un faible degré. Il prouve de plus, que l'articulation ayant été ouverte pour l'inspection des parties, cela n'influence nullement l'opération subséquente; mais, au

contraire, cela suggérerait plutôt l'exploration, dans tous les cas douteux, avant de se décider à l'amputation du membre.

M. S., âgée de dix-neuf ans, fut admise à *Meath's hospital* le 11 février 1863; elle rend compte des faits suivants : A l'âge de treize ans, allant faire une commission, elle tomba sur le genou gauche en courant sur un trottoir. Au bout de quinze jours, l'articulation se gonfla et devint douloureuse. Elle se fit alors admettre dans un des hôpitaux de la ville, où elle resta seulement quelques jours en traitement. A cette époque, elle boitait à cause de la douleur et de la raideur de l'articulation. Elle put cependant marcher jusqu'en mai 1862, où, son état empirant, elle songea à entrer à *Meath's hospital*. Là, elle resta près de cinq mois; elle y subit un traitement tendant à obtenir l'ankylose de l'articulation. Pendant cette période, sa santé générale n'éprouva aucune atteinte appréciable. Au contraire, elle paraissait se bien porter, elle engraissait, et, se sentant mieux, elle quitta l'hôpital pour habiter la campagne, portant autour de l'articulation une ceinture de cuir, qui lui faisait comme un moule. En cet état, elle marchait avec des béquilles, et venait de temps en temps nous visiter comme malade externe, jusqu'à peu près une semaine avant son entrée dernière, époque où elle fut prise de gonflement, de douleur atroce dans le genou, avec de fréquents tressaillements du membre.

A l'examen, je trouvai l'articulation légèrement fléchie, mais très tuméfiée; elle avait une circonférence de deux pouces et demi de plus que celle du côté sain; sa forme était globuleuse, les sillons de chaque côté de la rotule étaient effacés. Elle éprouvait une douleur excessive à la moindre pression, surtout au bord inférieur et interne de l'articulation. — L'extrémité inférieure du fémur ne paraissait pas élargie, pas plus que l'extrémité du tibia ne semblait altérée;

mais elle était légèrement déplacée en arrière, et pouvait se mouvoir un peu dans toutes les directions sur l'extrémité du fémur, ce qui prouvait que les ligaments ne conservaient plus leur fermeté et leur force normales. Ce mouvement occasionnait de très vives douleurs. — La cuisse et la jambe furent placées dans une boîte bien confectionnée qui tenait l'articulation dans une parfaite immobilité, mais qui permettait d'apprécier sa surface. De temps en temps on applique quelques sangsues, suivies d'embrocations émollientes; mais la malade commença à perdre son sommeil et à souffrir horriblement. — Les soubresauts du membre devinrent très pénibles la nuit, et cependant, chose assez remarquable, la santé de M. S. n'était pas sensiblement altérée, son appétit se maintenait, et toutes ses fonctions semblaient s'exécuter normalement.

Vers la fin de juin, cependant, les choses commencèrent à prendre un aspect plus grave. Il survint des sueurs nocturnes abondantes; la douleur était si déchirante que le sommeil était impossible. L'appétit, pour la première fois, commença à faiblir, et dès ce moment la malade demandait instamment et chaque jour qu'on la délivrât de son membre.

Dans un tel état de choses, il n'était plus permis de temporiser. — Une consultation eut lieu avec un collègue, et le 6 juillet il fut convenu que l'excision serait pratiquée. L'âge de la malade, son état de santé, et, selon toute apparence, le faible désordre des extrémités osseuses, tout portait à conclure que le cas était très favorable pour l'opération.

En conséquence, le 15 juillet, après avoir convenablement mis la malade dans un état anesthésique par le chloroforme, je procédai de la manière suivante : elle fut placée sur la table d'opération, couchée sur le dos, et le membre dans le plus grand degré possible d'extension. Je fis, avec un fort bistouri, une profonde incision de quatre pouces et demi d'étendue au bord interne de l'articulation, cette incision commen-

çant à environ deux pouces au-dessous de la tête du tibia, et s'étendant à deux pouces et demi au dessus de sa surface articulaire et en face de la veine saphène. — Une incision d'une longueur semblable et au même niveau fut faite au côté externe, et dans chacune d'elles le couteau fut plongé jusqu'à l'os. — L'articulation fut alors convenablement découverte par une troisième incision transversale, à un pouce environ au dessus de l'insertion du ligament rotulien. — A ce moment, un peu de pus coula de l'articulation. — Je disséquai par en bas le lambeau inférieur, de même que le supérieur, que je séparai avec la rotule y attenant. Les ligaments latéraux furent alors promptement divisés, le croisé antérieur était détruit. — Je procédai très soigneusement, mais avec promptitude, à détacher les parties molles de la face postérieure du fémur, et les extrémités osseuses, ainsi complètement à découvert, se montrèrent presque entièrement dépouillées de cartilage. Alors, ayant passé par derrière la scie à lame étroite juste au dessus des condyles du fémur, je sciai promptement ces portions osseuses. La section de l'os le fit apparaître d'une couleur rouge-obscur et entièrement ramolli. Il se laissait rompre sous le toucher, et était infiltré de matière purulente. — L'extrémité supérieure du tibia contenait un abcès qui s'étendait vers la partie inférieure dans l'étendue d'un pouce et plus. Avec de pareils désordres, et en face de la destruction ainsi étendue des parties osseuses, il ne pouvait être question de songer à la conservation du membre, et l'amputation devenait indispensable.

Il me sembla que c'était un cas très favorable au procédé opératoire d'amputation du Dr Teale. En conséquence, je prolongeai par en haut, de cinq pouces environ, les incisions latérales avec le couteau à amputation, et ayant détaché le lambeau antérieur de la surface du fémur, je tournai rapidement l'instrument en travers au dessous de la cuisse, cou-

pant le lambeau postérieur autant que je pouvais le supposer à peu près au quart de la longueur du lambeau antérieur, séparant les parties molles de l'os ras du périoste, un peu par en haut. Je sciai l'os en travers; et trouvant à cette hauteur la surface coupée à l'état sain, par son aspect, je procédai à la ligature des vaisseaux. Mon premier soin fut de dégager la rotule du lambeau antérieur, ce qui fut fait avec facilité. J'appliquai alors le long lambeau sur l'extrémité de l'os, et je fixai ses angles libres au lambeau le plus court par deux fils d'argent, en mettant les parties dans une juxtaposition par six autres ligatures, deux de chaque côté et deux en ligne transversale. — Lorsque les lambeaux furent ainsi rapprochés, l'antérieur semblait trop long, tellement que je fus tenté de le raccourcir; mais je n'en fis rien, me rappelant ce qu'avait dit le Dr Teale, que souvent le lambeau paraît surabondant, tandis qu'il n'en est rien, à cause de l'excessive rétraction du lambeau le plus court.

La malade remise au lit, le moignon fut placé sur un coussin recouvert d'une toile cirée, avec une compresse mouillée par dessus. Pendant six à sept jours, on n'eut recours à aucun autre pansement, si ce n'est qu'on changeait la compresse tous les matins, et on essuyait avec une éponge, par propreté, ce qui suintait et qui souillait l'appareil. La blessure se cicatrisa parfaitement, les ligatures tombèrent à l'époque ordinaire des amputations de la cuisse. — Il n'y aurait aucun intérêt à décrire jour par jour ce qui survint; il suffira d'ajouter que le moignon se comporta aussi bien qu'on pût le désirer. — Une masse molle et épaisse de chairs, sans nerfs importants, couvrait l'extrémité de l'os, restant mobile sur lui, et formant un coussin convenable et propre à soutenir une future pression.

Il ressort de cette Observation des considérations qui me paraissent offrir de l'intérêt : d'abord l'étendue de la lésion

des surfaces osseuses de l'articulation, sans être accompagnée de désordres constitutionnels proportionnés à sa gravité, jusqu'à la dernière période; puis l'absence d'ouvertures fistuleuses autour de l'articulation, par conséquent l'immense difficulté de se former une opinion exacte sur l'étendue du mal; et enfin, la facilité avec laquelle j'ai pu convertir une opération en une autre. — Autant que je le puis savoir, c'est la première occasion qui s'est offerte d'exécuter ce mode d'amputation à Dublin; et aussi, si je ne me trompe, c'est le premier cas où, ayant adopté la résection, elle a dû être abandonnée, et où le sacrifice du membre a été exigé. — Depuis cette opération, mon collègue, le Dr Collis, a exécuté l'amputation par le même procédé, dans deux autres cas. — Il réussit parfaitement, ce qui semble prouver jusqu'à l'évidence que le moignon possède tous les avantages que le chirurgien, qui le premier la recommande, a attribués à l'amputation à lambeaux rectangulaires.

Le fait que nous venons de consigner ici combat l'une des objections qu'on a soulevées contre la résection du genou, et s'ajoute aux sept cas de succès de l'amputation même après la résection.

Nous insistons sur cette question de la résection du genou que nous avons soulevée des premiers en France, par la production des Mémoires de Richard Butcher [1].

« Il est étonnant, répéterons-nous, que cette opération n'ait pas encore passé le détroit. Quels sont donc les motifs qui ont empêché les chirurgiens français de l'accueillir? Ont-ils révoqué en doute les beaux succès des Anglais? Ont-ils été trop retenus par les tristes résultats obtenus, en France, depuis les faits de Moreau? Ce ne peut être par manque d'habileté, pas plus par

[1] Voy. *Journal de Médecine de Bordeaux,* 1855, p. 533-593, et 1858, p. 292-340, — et *Revue Médico-Chirurgicale* de Malgaigne, oct. et nov., p. 216-279.

l'absence de cas convenables, ou par la crainte des échecs. — L'amputation consécutive les réparerait, et au delà, puisque sur huit cas d'amputation après résection, on compte huit succès. Ce sont donc des tentatives à faire. — Il n'est pas indifférent, croyons-nous, de donner à celui qu'une grave maladie de l'articulation du genou force à subir une opération, ou une jambe de bois ou un membre vivant. » C.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne, par les docteurs Belhomme, ancien interne du Midi et de l'Oursine, et Aimé Martin, ancien interne de Saint-Lazare.

Comme le disent très bien ces jeunes auteurs, « Il n'est pas de branche de la science médicale qui, depuis quelques années, ait subi plus de transformations que la syphiliographie.

» Les nombreux travaux publiés sur ce sujet important, sont épars dans les Recueils périodiques et dans les Bulletins des Sociétés savantes. Il était utile de résumer ces documents précieux dans un livre destiné à présenter un tableau complet de l'état actuel des diverses questions qui se rattachent à la pathologie syphilitique et vénérienne. »

C'est la tâche qu'ils se sont imposée, et, disons-le tout de suite, qu'ils ont accomplie avec succès.

Certes, les travaux importants des syphiliographes modernes ont porté une vive lumière sur ces graves questions; mais les dissidences d'opinions, les controverses qui se sont établies, ont laissé une grande incertitude dans l'esprit de ceux qui ont voulu les étudier; et chacun ayant exposé ses idées à son point de vue plus ou moins exclusif, n'a pas voulu tenir compte de celles des autres.

Il était difficile, dans le cadre restreint d'un Traité élémentaire, de donner une idée exacte des différentes opinions en présence; et après avoir parcouru ce volume, on reste convaincu néanmoins que les auteurs ont rempli le cadre qu'ils s'étaient tracé. — Ils ont fait

ressortir avec beaucoup de soin les preuves historiques et expérimentales sur lesquelles s'appuie la théorie du dualisme, et il est facile de comprendre qu'ils s'y soient ralliés complètement. Nous ne savons ce que pourraient alléguer les partisans de l'unicité contre cette franche exposition.—Il est vrai que toujours nous avons professé cette manière de voir, et peut-être nous sommes-nous rendu plus facilement aux raisons que d'avance nous aurions adoptées.

La syphilis comprend nécessairement divers points de pathologie générale, et il est difficile de s'occuper de ce sujet sans avoir au préalable des idées sur ce qu'on doit entendre par *virus* et *contagion*, pour se bien rendre compte de leur mode d'action. Ces points ont été abordés, dans ce Traité, dans un article spécial où les auteurs ont résumé les recherches modernes qui sont venues jeter un jour éclatant sur ces questions fondamentales.— Il est difficile de ne pas reconnaître, dans cet article, un talent de discussion qui entraîne le plus souvent la conviction du lecteur.

Bien qu'ils n'aient pas appartenu à la nouvelle école de Saint-Louis, ils ne pouvaient guère, dans un chapitre qu'ils ont consacré aux syphilides, se dispenser de mettre à profit les travaux si remarquables des savants qui l'ont établie. Aussi on trouve là principalement la classification des syphilides de M. Bazin; mais les auteurs lui préfèrent celle de Biett légèrement modifiée, celle que M. Bassereau a suivie, et qui est adoptée par la plupart des auteurs. Au reste, ils signalent les divers ouvrages qui ont traité cette matière, et leur érudition, assez complète, facilite singulièrement les recherches de ceux qui voudraient en approfondir davantage l'étude. — Pour nous, nous dirons que les soixante pages que les auteurs ont consacrées aux syphilides nous ont montré, en résumé, tout ce qu'on peut savoir sur ce point. Ce chapitre surtout fait ressortir le talent des auteurs pour dire : *Multa paucis.*

Mais ce que nous n'avons pas dit encore, ou au moins que nous n'avons fait qu'énoncer, et par quoi peut-être nous aurions dû commencer, c'est que :

Sous le titre *Introduction*, sous-divisé en *Historique*, — *Théo-*

ries diverses, — Pathologie générale de la syphilis, — Notions bibliographiques, on trouve, en tête du volume, les notions les plus importantes, un coup d'œil général du sujet. Là on voit débattue la doctrine des identistes et des non identistes, des unicistes et de la théorie dualiste, que les auteurs adoptent, comme nous l'avons dit. — Dans l'article de la pathologie générale de la syphilis, la contagion est particulièrement étudiée avec l'absorption du virus, par la comparaison de ce qui se passe dans l'inoculation de la morve et de la clavelée. Cette absorption est presque immédiate pour ces affections; il en doit être de même pour le virus syphilitique, et les expériences des auteurs les portent à admettre :

« 1° Que le virus syphilitique introduit dans les tissus est rapidement absorbé;

» 2° Que la période dite d'*incubation* est le temps nécessaire au virus pour pénétrer l'organisme tout entier et pour se reproduire;

» 3° Que la destruction par la cautérisation ou autrement du chancre infectant n'empêche en rien le développement de la maladie générale;

» 4° Que le chancre infectant n'est que la première manifestation de la diathèse syphilitique. »

Nous ne citons ces conclusions que parce qu'il en ressort une application pratique : parce qu'elles condamnent les cautérisations sur le chancre infectant, cautérisations qui, considérant l'accident comme purement local, n'empêchent pas plus tard l'apparition des phénomènes secondaires et tertiaires de la maladie.

Dans ces derniers temps, la contagion de la syphilis a été étudiée comme pouvant avoir lieu par le sang, et M. Viennois est venu faire partager l'opinion de l'affirmative, que nos auteurs adoptent après avoir rapporté les expériences qui l'établissent d'une manière positive.

La contagion par la salive, le lait, la sueur et les sécrétions diverses, normales ou morbides, ne peuvent être acceptées, disent-ils, dans l'état actuel de la science, bien que cette contagion soit possible, probable même, puisqu'elle a lieu dans certaines

maladies virulentes autres que la syphilis. Ne font-ils pas là une concession qu'on pourrait trouver un peu imprudente?

Ce chapitre de la contagion ne saurait être épuisé sans jeter un coup d'œil sur ses différents modes, selon qu'elle est immédiate ou médiate ; c'est ce qu'ont fait ces auteurs.

Un article important de ce Traité, au point de vue historique, c'est celui consacré aux *Notions bibliographiques*. On y a divisé les auteurs dont on cite les travaux en 1° *partisans de l'origine ancienne*, 2° *partisans de l'origine moderne, mais non américaine*, 3° *partisans de l'origine américaine*. — Ceci dit implicitement combien l'érudition de MM. Belhomme et Martin, sur ce point, est complète. Ils ont donné une bibliographie particulière de la syphilis infantile. On sait qu'elle ne commence guère, celle-ci, qu'au commencement du siècle, mais que les principaux travaux sont de nos jours.

La grande division que les auteurs ont faite de leur travail, et qu'indique le titre de l'ouvrage : *Pathologie syphilitique et vénérienne*, jette une vive clarté sur tout l'ouvrage, qui n'est pas moins *pratique* qu'*élémentaire*.

La preuve, c'est que le traitement applicable à chacune des formes de la maladie, soit syphilitique, soit vénérienne, y est exposé avec un soin tout particulier, et que la prophylaxie même y est l'objet d'une attention spéciale. — Les auteurs ont tenu compte, sous ce double rapport, des travaux les plus récents de nos confrères MM. Diday et Jeannel.

C'est donc une justice à rendre à ces jeunes médecins que de reconnaître que leur œuvre sera éminemment utile : clarté d'exposition, discussion judicieuse, recherche en tout de la vérité, ce volume résume tout ce qu'on sait de mieux sur les maladies syphilitique et vénérienne.

Nous ne saurions trop en recommander la lecture, non seulement aux jeunes docteurs, pour qui les éléments sont indispensables, mais aussi aux praticiens, qui y trouveront un *memento* de ce qu'ils savent, qui se raffermiront dans des idées indécises, et qui y trouveront des applications pratiques fondées sur les meilleures doctrines. C.

Des scarifications comme traitement de l'épididymite blennorrhagique. — Généralement employé jadis, sur la recommandation de M. Velpeau, ce mode de traitement est aujourd'hui quelque peu tombé en désuétude. On lui reproche d'effrayer le malade, et surtout de ne pas produire d'effet bien sensible sur la durée de la maladie.

Rien ne serait assurément plus propre à réhabiliter ce moyen que le témoignage que porte en sa faveur le savant professeur Pellizari. Il en restreint sagement l'indication aux cas où il existe une collection séreuse accompagnée de douleur très intense.

M. Pellizari n'attribue pas l'utilité des scarifications à la soustraction sanguine qu'elles procurent; leur principal but, selon lui, est de donner issue au liquide qui distend la cavité vaginale. En effet, il se borne à une seule ponction, quand elle lui paraît suffire, pour évacuer la sérosité; et, dans le cas contraire, il n'en faut pas ordinairement plus de deux ou trois. (*Lo Sperimentale,* nov. 1863.)

On a aussi, dans ces cas, vanté comme très efficace la ponction suivie d'injection iodée. Mais à ces deux moyens nous préférons l'emploi du collodion, dont on entoure le testicule, et qui apaise la douleur et dissipe, si elle existe, la collection séreuse. Nous avons publié des faits à l'appui de cette opinion. C.

Traitement de la coqueluche par l'ergot de seigle. — Pendant qu'en Angleterre on administre les bromures alcalins dans la coqueluche, en Allemagne on essaie, pour combattre cette maladie, l'emploi de l'ergot de seigle. — D'après le *Deutsche Klinik,* M. le Dr Griepenkeri ne compte pas moins de 200 cas traités de cette manière, et presque tous avec succès. La formule suivante est adoptée par ce médecin comme la plus propre à donner un composé stable dépourvu de toutes propriétés irritantes :

Pr. Poudre grossière de seigle ergoté......... 1 gr. 50

faites bouillir une demi-heure avec :

Eau commune......................... q. s.
Colature............................ 32 gr.

ajoutez :

Sucre blanc en poudre................. 18 gr.

M. d. s. Une cuillerée à café toutes les deux heures pour un enfant de cinq à sept ans.

Pour les plus jeunes, on réduit la quantité de l'ergot à 1 gramme ou 75 centigrammes, pour le même poids de sirop. — Il faut, pendant toute la durée du traitement, éviter tous les aliments contenant du tannin. — L'expérience a montré qu'il convient de ne commencer l'emploi de l'ergot que la troisième semaine après la cessation de toute complication, et, de plus, que les quintes s'aggravent souvent pendant les premiers jours, pour diminuer et disparaître ensuite rapidement.

Anévrysme traumatique de la main; compression digitale intermittente pendant quatre jours; guérison. — Ce fait, qui a été communiqué à la Société de Chirurgie, dans sa séance du 2 décembre, vient à l'appui de ce mode de traitement, auquel on devrait toujours préalablement recourir avant d'employer la ligature, surtout dans des cas analogues où, après avoir lié la radiale et la cubitale, il faut souvent lier encore l'artère humérale. Quoi qu'il en soit, voici le fait de M. le Dr Mazade (d'Anduze) :

B...., cultivateur, âgé de quarante-six ans, se blessa, le 8 juin 1862, avec la pointe d'une serpe, à la face dorsale du premier espace interosseux de la main gauche. Du sang vermeil s'échappa par saccades de la plaie. L'hémorrhagie fut réprimée par une compression exercée en même temps au-dessus du poignet et sur la blessure.

Huit jours après, la plaie était cicatrisée, mais au-dessous il restait de la tuméfaction qu'une fatigue un peu prolongée de la main augmentait et rendait douloureuse. Pendant quelque temps, B.... veut continuer de se livrer à son travail habituel; il est obligé de l'interrompre.

Un mois après son accident, il a recours à mes soins; j'observe l'état suivant :

Le premier espace inter-métacarpien de la main gauche est tuméfié, douloureux. Vers son tiers supérieur, il présente une cicatrice peu étendue. Au-dessous de cette cicatrice existe une tumeur circonscrite, un peu rénitente, faisant un léger relief au-dessus du niveau de la peau, de forme ovoïde, du volume d'une cerise, offrant dans tous les points accessibles au toucher des pulsations isochrones à celles du pouls. Ces battements disparaissent complétement lorsqu'on comprime l'artère humérale ou les deux artères de l'avant-bras en même temps. Ils se réduisent à la perception d'un léger frémissement lorsqu'on limite la compression à la radiale; ils reparaissent aussitôt qu'on supprime toute compression.

Je prescris au malade l'emploi de la compression digitale. Dès le lendemain, elle est exercée sur l'artère humérale. Je choisis des personnes intelligentes. Je préside, et le plus souvent je concours à son application. Elle est péniblement supportée; elle engourdit l'avant-bras et la main. Elle est reprise et suspendue plusieurs fois. Je fais de nombreuses tentatives, mais inutilement, pendant toute la journée.

Je constate encore, comme la veille, que la compression, bornée à la radiale, effaçait presque complètement les battements de la tumeur. Cette compression fut employée isolément dans la soirée et pendant la nuit.

Le second jour, nulle modification n'est survenue dans l'état de la tumeur. Je réitère mes essais de compression sur l'humérale ; ils sont tolérés avec moins de douleur et pendant plus longtemps. Plusieurs fois dans la journée, ils sont renouvelés avec succès. Dans la soirée et pendant la nuit, la radiale fut seule comprimée.

Le troisième jour, compression alternative sur l'humérale et sur la radiale. Celle de l'humérale put être continuée pendant cinq heures.

Le quatrième jour, nul mouvement pulsatif n'est perçu dans la tumeur pendant qu'on comprime uniquement l'artère radiale. — Même mode de traitement continué le cinquième et le sixième jour.

Le septième jour, réduction très notable et solidification de la tumeur. Absence de tous battements. Dès ce jour, la compression n'est exercée que sur la radiale plusieurs heures par jour, et le plus souvent par le malade.

Après quatorze jours de l'emploi de la compression digitale appliquée d'une manière intermittente, d'abord alternativement sur l'humérale et sur la radiale, et ultérieurement sur la radiale seule, la tumeur de la main, privée de toute pulsation, avait perdu une grande partie de son volume. Cependant, sur ma recommandation, B... exerce lui-même, pendant longtemps encore, la compression digitale intermittente sur la radiale. La tumeur s'efface progressivement.

Il y a plus d'un an que le fait est accompli; la guérison ne s'est nullement démentie. *(Gaz. des hôp.)*

Des glandes du cou chez les enfants; par M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants. — Les glandes ou adénites du cou se rencontrent fréquemment chez les enfants, et laissent si souvent des traces fâcheuses de leur passage, que je crois utile de parler de cette affection qu'on voit malheureusement ou négligée ou mal traitée.

Les engorgements qui siégent dans les ganglions lympathiques du cou soit en avant, soit sur les côtés, soit à la partie postérieure, sont quelquefois symptomatiques de plaies ou de coups sur le cuir chevelu ou sur la face; ils sont très souvent la conséquence d'affections de diverses natures de la peau de la tête ou de la face; on en voit dont on ne peut attribuer la cause qu'à quelque maladie de la bouche, des lèvres, des dents ou de la gorge; enfin, il en est qui sont symptomatiques d'une constitution plus ou moins lymphatique.

Quelle que soit la condition étiologique, générale ou locale, il est toujours indiqué de combattre d'abord la cause. Est-ce une petite plaie de la tête ou de la face, il faut traiter cette plaie. Est-ce un eczéma du cuir chevelu, il faut le combattre convenablement. Est-ce une dent malade, et dans ce cas l'engorgement siége dans le voisinage du maxilaire inférieur ou supérieur, il est nécessaire d'extraire la dent. Enfin, est-ce une cause générale, comme la constitution lymphatique, il est indiqué de mettre en usage les moyens convenables.

Dans tous les cas, il faut en même temps agir localement, soit pour obtenir la résolution de l'engorgement, soit pour en avancer la suppuration, soit pour modifier l'induration, qui est souvent une terminaison de ces glandes.

Les symptômes locaux de cette affection sont quelquefois à l'état aigu, et marchent rapidement; d'autres fois la marche est lente ou chronique.

Dans tous les cas, on peut remarquer trois périodes :

1re Période. Gonflement, rougeur sur le siége des ganglions, sensibilité, et, comme symptômes généraux, fièvre ou malaise plus ou moins prononcés.

2e Période. Douleur plus circonscrite, avec augmentation de sensibilité, diminution de volume, et souvent fluctuation appréciable, venant avec plus ou moins de rapidité; ouvertures spontanées, décollement, fistules, cicatrices irrégulières, lentes à se produire; quelquefois ulcération de longue durée, et cicatrisation plus ou moins difforme.

3e Période. Diminution de la douleur, sans suppuration notable, induration, état de dureté plus ou moins considérable, et terminaison par une tumeur qui se résout graduellement. Enfin, quelquefois l'engorgement reste stationnaire, dur et sans douleur, et peut même passer à l'état d'enchondrome; mais cela ne se rencontre que dans des cas exceptionnels.

1o *Pour obtenir la résolution,* nous ne comptons plus, comme autre

fois, sur les applications réitérées de sangues, et si, dans quelques circonstances exceptionnelles, ce moyen était mis en usage, nous n'oserions l'employer qu'en cas d'adénite par cause locale, blessure ou contusion, et chez un individu non lymphatique; autrement nous craindrions de n'obtenir qu'un soulagement de peu de jours; nous retarderions la suppuration, et, dans tous les cas, nous affaiblirions en pure perte l'individu.

Nous comptons plutôt sur les résolutifs, tels que l'onguent napolitain pur ou associé à l'extrait de belladone ; ou bien, pour remplacer l'onguent mercuriel, nous conseillons d'avoir recours à une pommade au calomel. Les pommades iodurées nous ont aussi rendu service; mais il y a toujours nécessité, pour mettre en usage ces agents, de les associer à la glycérine, et d'observer s'ils ne déterminent pas des rougeurs sur la peau délicate des enfants : il faut, alors, savoir les suspendre et les reprendre en temps opportun. Quelquefois les cataplasmes émollients, et faits surtout de farine de guimauve, rendent service; si l'on craint de les employer, on les remplacera avantageusement par de la ouate et même de la laine en suint, qui contient des sels de soude. Des couches de teinture d'iode pure appliquées avec un pinceau tous les deux jours peuvent hâter la résolution. Ce moyen est souvent préférable aux cataplasmes, qui peuvent devenir aigres ou se refroidir. C'est en agissant ainsi qu'on peut prévenir la suppuration et l'induration.

2° *Pour hâter la suppuration*. Quand la suppuration commence à se manifester, on ne peut plus compter sur les résolutifs; quelquefois, mais rarement, les vésicatoires peuvent faire avorter l'abcès. Nous nous contentons alors des émollients, le plus ordinairement sous la forme de bains entiers, de cataplasmes très gras et très maturatifs. Enfin, lorsque la fluction devient évidente, même avant que la peau soit trop rouge, nous sommes partisans, comme beaucoup de nos confrères, d'ouvrir les abcès, pour prévenir les ouvertures spontanées, quelquefois multiples, qui déterminent des décollements de la peau et des stigmates fâcheux.

Nous ne repoussons pas absolument l'emploi du bistouri; il est quelques cas où nous y avons recours ; mais nous préférons de beaucoup un procédé préconisé par MM. Alquié et Bonnafont, à savoir le séton filiforme, qui ne laisse pas de traces.

Nous employons pour cela trois ou quatre fils de soie, que nous passons à travers l'abcès, à l'aide d'une aiguille fine et plate dans une

direction convenable, celle indiquée pour l'incision, de manière que l'une des piqûres soit plus déclive, et que les fils se trouvent dans les plis de la peau, ou suivant la direction des fibres musculaires, comme par exemple celle du sterno-mastoïdien.

Lorsque le petit séton, qu'on noue d'ailleurs dès qu'il a été passé, a été introduit alors que la fluctuation était manifeste, on voit le pus sortir par les piqûres, et l'on peut en augmenter l'évacuation au moyen de la pression; on continue l'usage des cataplasmes, et chaque jour on a soin de remuer le fil; de cette façon l'abcès se dégorge en plus ou moins de jours. On retire le séton quand il n'y a plus ni pus ni engorgement; car s'il y a encore de la tuméfaction, la présence du séton hâte la fonte de la partie dure de l'abcès. Il reste à la suite deux piqûres qui, plus tard, ne laissent aucune trace.

3° *Contre l'induration*. Lorsque, dans certains cas, l'adénite se termine par l'induration, nous employons alors tous les résolutifs conseillés, les pommades iodurées, les emplâtres de *Vigo cum hydrargyro*, etc. Mais si ces moyens, joints au traitement interne par les iodurés, échouent, nous employons avec avantage le séton appliqué dans plusieurs points pour déterminer alors de l'inflammation et de la suppuration. Nous avons obtenu ainsi, par quatre ou cinq petits sétons, la suppuration et la fonte de ces adénites chroniques; contre l'enchondrome, nous n'avons que l'extirpation.

Tout ce que nous venons de dire s'applique aux adénites superficielles. Mais nous devons ajouter que nous avons vu assez souvent chez les enfants, même à la mamelle, des adénites profondes; d'autres que nous en ont observé : le docteur Fleeming, MM. Velpeau et Bouvier, en ont rapporté des exemples. Nous avons constaté plusieurs cas dans lesquels des ganglions profonds, après s'être enflammés, venaient à suppurer et à former des abcès le long du larynx, de la trachée, et d'autres fois derrière l'œsophage et le pharynx. Les véritables abcès rétro-pharyngiens se déclarent par une tuméfaction générale du cou, qui quelquefois se manifeste plus d'un côté que d'un autre, et quelquefois du côté de l'arrière-bouche. Les malades ont de la fièvre, quelquefois du délire, de la gêne dans les mouvements du cou, de la difficulté dans l'émission de la voix, dans la déglutition, et souvent l'état de gêne est tel qu'il y a asphyxie. Lorsque les malades sont d'âge à parler, ils ont la voix nasillarde comme les enfants qui ont les amygdales hypertrophiées. On m'a même présenté des enfants pour leu enlever les amygdales, qui avaient un abcès rétro-pharyngien. En examinant

les petits malades, en abaissant la langue, si l'abcès est sur la ligne médiane, on remarque une tumeur rosée, lisse, fluctuante.

D'autres fois ces abcès font saillie sur les parties latérales du larynx, refoulent le sterno-mastoïdien plus ou moins en dehors. Dans ces cas les émollients, sous forme de bains entiers, de cataplasmes autour du cou, doivent être mis en usage dès le principe. Mais, dès que la fluctuation est évidente, il faut ici faire des incisions de bonne heure, soit le long du sterno-mastoïdien, soit dans l'arrière-gorge sur la paroi postérieure du pharynx. Ces opérations sauvent la vie à quelques malades qui pourraient, sans cela, mourir asphyxiés.

Très souvent ces abcès, étant ouverts, se dégorgent parfaitement, et les malades guérissent sans récidive.

Il ne faut pas confondre ces collections purulentes, qui marchent assez rapidement, avec celles qui sont symptomatiques d'une carie des vertèbres cervicales. Celles-ci, qui se développent avec beaucoup plus de lenteur, sont toujours précédées de symptômes différents qui s'observent surtout dans les parties osseuses; elles offrent une bien plus grande gravité à cause de la destruction des articulations ou des vertèbres elles-mêmes, qui sont la source de ces abcès.

Nous ne dirons qu'un mot de ces ganglions lymphatiques profonds, tuberculeux, développés le long du larynx et de la trachée. Ces tumeurs, scrofuleuses, de consistance variable, ayant une marche chronique, se rencontrent sous forme de chapelet sur les parties latérales du tube respiratoire, le long des gros vaisseaux du cou; elles sont plus ou moins volumineuses, plus ou moins nombreuses, ayant la consistance de marrons crus ou de châtaignes ramollies; ils vont souvent se confondre avec les ganglions bronchiques de même nature.

La chirurgie a quelquefois tenté, pour arrêter l'asphyxie qui peut en résulter, d'enlever ces tumeurs dégénérées. Ces opérations, qu'on doit rarement exécuter, peuvent, dans le cours de leur exécution, faire courir au malade les plus grands dangers, et souvent même elles restent à moitié terminées. Il vaut donc mieux, presque toujours, dans ces sortes de cas, s'abstenir du bistouri, et s'en tenir aux moyens antiscrofuleux généraux. *(Bull. de thérap.)*

Ophthalmie chez les scrofuleux. — M. le professeur Thiry, de Bruxelles, ne reconnaît aucune spécificité à l'ophthalmie dite scrofuleuse. C'est pour lui une ophthalmie chez un scrofuleux, et, se plaçant à ce double point de vue, le médecin de l'hôpital Saint-Pierre prescrit la

médication suivante, dont nous trouvons la formule dans la *Presse médicale belge*.

Enfant de onze ans : trois cuillerées d'huile de foie de morue par jour ; régime tonique, en petites quantités à la fois pour ménager les fonctions digestives ; grands soins de propreté ; frictions sèches, bains et autres moyens d'activer les fonctions de la peau.

Ce traitement seul suffit dans les cas les plus ordinaires où il y a conjonctive ou kératite simple. L'affection est-elle caractérisée par sa manifestation initiale la plus commune, l'ulcère kératidien ? M. Thiry n'hésite pas à mettre en pratique le modificateur local et l'antiphlogistique par excellence, celui qui agit directement contre le travail ulcératif, le collyre au nitrate d'argent, ainsi composé :

Pr. Azotate d'argent, 0,30 centigr.
Eau distillée, 30 grammes.

Mais dans l'application de ce collyre, M. Thiry n'attend pas pour y revenir que le mal ait récupéré le terrain qu'il avait perdu ; dès que l'action de la première instillation est éteinte, il en fait une seconde, puis une troisième, jusqu'à dix ou douze par jour. De plus, il badigeonne la région périorbitaire avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode : enfin, il soustrait l'œil aux influences extérieures, en le recouvrant d'une compresse maintenue par quelques tours de bande, et recommande quelques lotions avec la décoction de morelle noire.

Dès que le mal est vaincu, on diminue graduellement le nombre des applications et la dose du collyre ; mais il est bon d'insister pendant longtemps sur le badigeonnage iodé et le traitement interne.

(*Presse méd. belge*, nov. 1863.)

CHRONIQUE.

Dans son discours à la séance de rentrée des Facultés, le Directeur de l'École de Médecine a dit :

« *On* désire fonder un prix de 400 fr., qui serait décerné tous les trois ans à celui des élèves qui, pendant cette période, aurait présenté la meilleure thèse à l'une des Facultés de Médecine de l'Empire. »

L'École, acceptant avec la plus vive reconnaissance l'offre d'un anonyme qu'un voile assez transparent nous laisse deviner, malgré sa modestie, — l'École a réglé l'exécution de cette mesure, et voici les conditions de ce nouveau Concours :

1° Un prix de 400 fr. sera décerné tous les trois ans (à dater de novembre 1866) à celui de ses élèves qui aura soutenu la meilleure

thèse dans l'une des trois Facultés de Médecine de France, pendant la période triennale précédente ; par exemple, pour la prochaine, depuis le mois de novembre 1863, jusqu'au mois d'août 1866.

2° Pour être admis à ce Concours, les auteurs des thèses devront avoir pris à l'École de Médecine de Bordeaux au moins douze inscriptions.

3° L'année où le prix devra être décerné, une Commission de trois membres, nommée par l'École, examinera pendant le mois de septembre les thèses admises au Concours, et fera, du 15 au 20 octobre suivant, un Rapport sur lequel devra s'appuyer le classement des ouvrages, et d'où résulteront les propositions relatives aux récompenses méritées.

4° Huit jours après la lecture de ce Rapport, l'École de Médecine en discutera, s'il y a lieu, les conclusions, et procédera par la voie du scrutin secret à la désignation de l'auteur ou des auteurs jugés dignes d'une récompense.

5° Le prix pourra être partagé entre deux auteurs, et exceptionnellement entre trois, par portions égales ou inégales.

6° Si les thèses soumises à l'examen de l'École ne sont pas jugées dignes d'un prix ou d'une portion du prix, la somme laissée libre sera capitalisée, pour son produit être ajouté au montant des prix triennaux subséquents.

— M. Rayer vient de donner sa démission de Doyen de la Faculté de Médecine de Paris. S'il faut s'en rapporter à M. A. Latour, qu'on peut supposer dans les confidences de M. Rayer, il aurait aussi donné sa démission de professeur. — La *Gazette hebdomaduire* dit que, d'après le *Moniteur*, le Doyen se retire, le professeur reste.

M. Rayer, en récompense de ses longs et éminents services, a été élevé à la dignité de grand officier de la Légion d'Honneur.

M. le Dr Tardieu est nommé Doyen de la Faculté de Médecine de Paris en remplacement de M. Rayer.

— Dans le Concours de l'Externat aux hôpitaux de Paris, M. Sentex, l'un de nos bons élèves, a été nommé le 6e, M. Vergely le 62e, sur plus de 200 concurrents.

AVIS. Nous prions instamment MM. les Rédacteurs en chef des journaux suivants, de nous expédier les numéros qui nous manquent :

1° De l'Union médicale, n° 5, janvier 1864 ;

2° Du Journal de Méd. et de Chir. pratiques, le n° 1, janvier 1863 ;

3° Du Journal des Connaissances médicales, le n° du 29 octobre 1863 ;

4° Du Journal de Médecine mentale, les nos de janvier et fév. 1863 ;

5° Du Bulletin de l'Académie de Médecine de Belgique, le n° 3, 1863.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(de Décembre 1862).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE.			BAROMÈTRE.		DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS
	Matin.	Midi.	Soir.	Matin.	Soir.			
				millimètr	millimètr.			
1	9	17	10	761,8	760,2	S. – E.	Beau.	Belle après midi.
2	12	13	10	757,7	759,2	S – O.	Pluie.	Grde pluie et grd vent la n.
3	11,5	13,5	10	758,7	761,3	S – O.	Pluie.	Pluie par rafales.
4	5	10,3	7,5	774,6	775,6	N – O.	Beau.	
5	3	9	5	774,6	771,5	Nord.	Beau.	Un peu de brouill. Bel. j.
6	0	7,5	5	771,5	773,6	N – E.	Couv.	Brouill. Un peu de pl. le s.
7	5	10	4	776,1	770,5	Nord.	Beau.	Le minima 0. Belle journ
8	—1	6	8	769,5	768,4	Nord.	Beau.	Brouil. mat. et s. Belle j.
9	7	12	8	770,5	772	S. – E.	Beau.	Jolie journée.
10	7,5	13	7	772,5	773,6	S. - E.	Beau.	*Idem.*
11	7,5	14	8	774,1	774,9	S. – E.	Beau.	Brouillard.
12	6,5	13,5	8	774,1	772,5	S. – O.	Couv.	Petite pluie brumeuse.
13	6	10,6	8	772,2	771,5	S. – O.	Couv.	Brouillard.
14	6,5	10	7,5	771	770	Nord.	Beau.	
15	3,3	5,8	5	769,7	769,5	N.– E.	Couv.	Brouillard.
16	4,7	6	5	769,5	765,4	S. – E.	Couv.	Ciel brumeux.
17	2,5	7,5	6,5	764,3	765,4	Sud.	Beau.	Pluie la n. Ciel tr. nuag.
18	5	7	3	766,7	766,4	Nord.	Couv.	
19	—0,7	– 0,5	2,5	767,6	768,2	N.– E.	Beau.	Très belle journée.
20	—1,7	5,5	0	768,9	769,2	N.– E.	Beau.	*Idem.*
21	—2,8	0	2	769,5	770,5	N.– E.	Couv.	Brouillard épais.
22	0	6	3	770	769,5	S. – O.	Couv.	Un peu de pluie brumse.
23	0	4	3	768	768,4	Ouest.	Couv.	Grande humidité.
24	3	7	6	769,5	770,5	Ouest.	Couv.	*Idem.*
25	6	9,4	7	769,7	770	Ouest.	Couv.	*Idem.*
26	4	6	5	769,5	767,9	Ouest.	Couv.	Petite pluie dans le jour.
27	6	11,7	10	768,4	767,1	Ouest.	Couv.	Grande humidité.
28	10	11,7	9	768,4	769,8	Ouest.	Couv.	*Idem.*
29	9	11	9,5	768,4	765,9	Ouest.	Couv.	*Idem.*
30	9,5	12,8	8	764,3	761,3	Ouest.	Couv.	*Idem.*
31	7	10,4	9	758,2	755,9	Ouest.	Pluie.	Un coup d'or. d. l'apr-m. Vent tr. vif le soir. Pl. ab.

Résumé des Observations météorologiques de Décembre 1863.

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	12° le 2.	17° le 1er.	10° les 1, 2, 3 et 27.
Moindre.............	—2°8 le 21.	—0°5 le 19.	0° le 20.
Moyen	7° le 9.	9° le 5.	5° les 5, 6, 15, 16 et 26.

Chaleur du milieu du jour : 14 jours de 0°5 à 9°; 17 jours de 9°4 à 17°.

BAROMÈTRE.

Maximum.................. 776,1 mill. le 7.
Minimum.................. 755,5 mill. le 31.
Medium.................. 766,4 mill. le 18.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES. Une seule variation brusque le 4.

DIRECTION DES VENTS...... Le vent a soufflé du sud-est...... 5 fois.

sud-est......	5	fois.
sud-ouest....	5	»
nord-ouest..	1	»
nord.........	5	»
nord-est.....	5	»
sud.......	1	»
ouest.......	9	»

VENT DOMINANT : l'ouest.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux............ 12.
couverts........ 16.
pluie............. 3.

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le mois de décembre a été très variable. Les quelques beaux jours sont entremêlés de jours brumeux, et donnent, en définitive, un ensemble de jours très humides, quoique les pluies n'aient pas été fréquentes. Les vents d'ouest, qui ont été constatés dans la dernière dizaine, ont puissamment contribué à ce résultat. Ils se sont terminés, le 31, par un fort coup de temps, avec orage et pluie abondante, qui annonçait un changement brusque dans la direction des vents, ce qui a eu lieu, en effet. A part trois matinées, où le thermomètre est descendu au-dessous de zéro, la température a été généralement modérée. La colonne barométrique s'est maintenue à une grande élévation, et a donné, comme le mois correspondant de l'année 1862, une moyenne de 766 millimètres.

Bordeaux. Imp. GOUNOUILHOU, ancien hôtel de l'Archevêché (entrée rue Guiraude, 11).

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU CHLOROFORME, DES ACCIDENTS QU'IL PRODUIT, ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER;

par M. LABAT,

chirurgien adjoint des hôpitaux, professeur suppléant à l'École de Médecine, ex-chef interne de l'hôpital Saint-André.

De toutes les nouveautés que la chirurgie moderne a vu naître, il n'en est pas une qui soit plus solidement acquise à la pratique que l'anesthésie provoquée. C'est en vain que le chirurgien, effrayé de quelques accidents possibles, de quelques cas de mort plus terribles peut-être pour lui-même que pour la victime; c'est en vain, dis-je, que le chirurgien voudrait récuser la responsabilité d'une pareille manœuvre. Il faut qu'il renonce à la pratique de son art, ou qu'il accepte l'anesthésie. Le malade sait qu'on peut annihiler la douleur dans les grandes opérations, il sait aussi que cette pratique n'est pas sans danger; mais qu'importe. Ce qu'il redoute plus que la mort, c'est la douleur. Aussi, la proposition de M. Hervey de Chegoin, de renoncer à l'emploi du chloroforme, n'est-elle pas discutable. Il faut que le chirurgien se résigne; sa seule préoccupation doit être d'apprendre à se servir le plus convenablement de cette arme terrible qu'il a dans les mains; et lorsque par malheur il lui sera arrivé de nuire en cherchant à être utile, de connaître le mieux possible les moyens de réparer le dommage, de telle sorte qu'il puisse les employer avec autant d'instantanéité que les accidents en ont mis à se produire. C'est donc à ceux auxquels une expérience longue et variée dans un grand hôpital a permis de se former une opinion motivée, en étudiant, d'un œil sinon indifférent, du moins libre d'autre préoccupation, les procédés

divers de plusieurs chirurgiens; c'est à ceux-là qu'il appartient de dire ce qu'ils pensent être le vrai, et de chercher à éclairer la question avec les quelques lumières qu'ils ont pu recueillir. C'est à ce titre que je me permets de publier aujourd'hui une Étude de l'emploi, non pas des anesthésiques, mais du chloroforme, qui est le plus important, le plus usuel d'entre tous.

La seule chose dont je m'occuperai, c'est du chloroforme en tant qu'agent d'anesthésie générale. C'est effectivement le seul mode d'emploi qui puisse donner lieu à des accidents, et c'est surtout ceux-ci que je me propose d'étudier.

Pour arriver à la solution du problème, trois ordres de faits sont à notre disposition : 1° d'abord ceux que révèle la clinique; 2° les autopsies cadavériques; 3° l'expérimentation sur les animaux.

Pour la 1re catégorie, les faits ne me manquent point; mais pour la 2e, comme depuis quinze à seize ans que la pratique de l'anesthésie a été introduite dans l'hôpital de Bordeaux aucun cas de mort ne s'est produit, je me trouve réduit à discuter les Observations publiées dans les divers Recueils; Observations le plus souvent très incomplètes, très insuffisantes, mais que nous sommes bien obligés d'accepter telles quelles. Enfin, pour ce qui est des expériences sur les animaux, les nombreux et minutieux observateurs qui nous ont précédés me dispensent moi-même de me livrer à un genre de recherches pour lequel, tout en reconnaissant sa valeur, je n'ai que de médiocres sympathies.

Le chloroforme a été administré de diverses façons : les uns se sont servis d'appareils spéciaux, les autres préfèrent se servir d'objets que l'on trouve partout : un linge, une éponge, un cornet de papier, dans lequel on met un peu de coton. Tous ces moyens sont bons et tous sont mauvais, suivant la manière de s'en servir.

Pour ce qui est des appareils, à part ceux des premiers inventeurs, qui ne semblaient nullement se douter que l'éther ne remplace point l'air respirable, en inventant des appareils où l'air était mesuré au volume du flacon ou de la vessie employée; à part, dis-je, ces appareils essentiellement défectueux, je ne comprends pas la proscription que l'Académie a prononcée contre eux. Ceux qui en effet, comme celui de Charrière, permettent de donner de l'air en abondance, me paraissent excellents. Pendant longtemps, on n'a pas administré différemment le chloroforme à l'hôpital, et les malades s'en sont toujours bien trouvés. Il y a même quelque chose d'assez singulier dont on ne tarde point à s'apercevoir lorsqu'on étudie les différents cas de mort qui sont survenus : c'est que presque jamais on n'a fait usage d'appareils. Si ce fait ne trouvait une explication dans cette remarque, que le nombre des chloroformisations faites sans appareil est beaucoup plus considérable que celui dans lesquelles on a fait usage de ces instruments, on serait tenté d'en tirer une conclusion diamétralement opposée à celle de l'Académie. Je me bornerai à dire que j'ai toujours vu l'anesthésie se produire aussi bien, et ne point produire plus d'accidents avec, que sans appareil.

L'avantage à mon sens le plus sérieux du mouchoir et autres procédés semblables, c'est l'ubiquité, c'est que toutes les fois qu'il est possible de diminuer la complication le chirurgien sera toujours bien avisé de le faire.

Parmi ces moyens simples, en est-il un plus sûr que les autres? Je le crois; et, pour ma part, je repousse et l'éponge et le cornet. Voici pourquoi :

L'important dans une opération d'anesthésie, c'est de ne pas ménager l'air. Or, à moins d'une grande attention, on n'est pas toujours sûr que le morceau de coton qu'on a mis dans le cornet est suffisamment perméable pour laisser filtrer

l'agent de l'hématose. Avec l'éponge, si on la tient à une trop grande distance, on a quelquefois des difficultés à produire l'anesthésie. Si, par contre, on la rapproche trop, on s'expose, sans compter l'irritation sur les lèvres que produira le chloroforme, à donner, dans un très court espace de temps, une très grande quantité de chloroforme non mélangé d'air. Il n'en faut pas davantage pour produire instantanément la mort. J'ai vu la mort se produire ainsi chez un chien avec une rapidité foudroyante, et M. Robert a vu le même fait. Ces mêmes objections, on peut les faire avec plus de justesse encore à l'usage de la compresse usée, roulée en cornet.

Ces divers procédés étant récusés, reste le mouchoir. La plupart des chirurgiens recommandent de le choisir fin et usé. Je me permettrai de formuler une proposition toute contraire. Si le linge est fin et usé, il suivra aisément le mouvement d'aspiration que lui imprimera le malade au moment de l'inspiration, et viendra se coller sur la bouche et le nez. De plus, comme il est mouillé de chloroforme, ce liquide, bouchant les mailles de ce tissu fin, empêchera l'air de filtrer aisément, les vapeurs du chloroforme iront presque seules jusqu'au poumon, et l'on rentrera ainsi dans la situation reprochée à l'éponge. Un linge très gros et très clair, au contraire, aura assez de rigidité pour ne pas s'aplatir sur la bouche du malade; ses mailles ne seront pas assez étroites, et s'il n'est pas trop usé, les fils ne s'imprégneront pas assez pour le rendre imperméable. D'ailleurs, comme il est suffisamment raide, l'air s'insinue d'arrière en avant, en passant sur les parties latérales du cou et des joues; et puis, au besoin, l'opérateur peut en soulever le coin. Ce que je viens de dire peut être vérifié aisément par le premier venu : il suffit, pour cela, de se mettre un mouchoir mouillé sur la bouche, et l'on verra aisément la gêne qui en résulte pour la respiration.

Quelle position doit-on donner au malade?

Un des accidents les plus fréquents dès opérations, c'est la syncope. Or, tout le monde sait que le moyen de la faire cesser et le moyen de la prévenir, c'est de tenir le sujet dans la position horizontale. Aussi, ne comprend-on pas trop l'habitude des anciens chirurgiens, qui, dans une foule de cas, faisaient asseoir leurs malades pour les opérer. La syncope ne vient pas seulement de l'émotion, de la crainte du malade; la perte de sang, l'ébranlement de l'opération, sont certainement suffisants pour la faire naître; aussi le chloroforme n'empêche-t-il point la syncope. Certains chirurgiens même semblent croire qu'il la favorise, puisqu'ils recommandent de ne pas user du chloroforme dans les cas où la syncope est à craindre. Ce qu'il y a de positif, c'est que la syncope, survenant chez un sujet chloroformé, peut devenir plus rapidement grave, mortelle même, que chez un sujet non chloroformé. Je considère donc comme une nécessité de faire coucher le patient lorsqu'on veut l'anesthésier.

L'expérience a prouvé que lorsque l'estomac contient un aliment quelconque, l'action du chloroforme est beaucoup plus lente, plus incertaine, plus fatigante pour le malade, nécessitant quelquefois une exagération de dose qui peut devenir nuisible, et se terminant presque toujours par des vomissements accompagnés de beaucoup d'anxiété, et ne laissant point que d'entraîner un cortége de symptômes inquiétants. Aussi c'est pour moi une règle formelle, et en cela je partage complètement les idées qu'un médecin, célèbre à certains titres, a déjà soutenues il y a longtemps, M. Ancelon (de Dieuze); c'est pour moi un précepte formel de ne point donner, à moins d'urgence absolue, de chloroforme aux personnes qui ne sont pas à jeun. Et si l'on me demande ce que j'entends par cette expression, *être à jeun,* je veux dire l'état de l'individu qui, depuis un temps plus ou

moins long, variable suivant les sujets, huit heures, par exemple, ou mieux, depuis la veille au soir si on opère dans la matinée, n'aura rien ingéré dans son estomac en fait d'aliments solides ou liquides; je n'en excepte pas le vin et le bouillon : ce temps, dont la limite ne m'est indiquée que par l'expérience, pourra peut-être paraître un peu long, et pas du tout nécessaire, aux physiologistes expérimentateurs. Mais il faut songer qu'il y a un élément de dépression des forces de l'économie, préoccupation morale de l'opération à subir, qui paralyse singulièrement les fonctions de l'estomac, fonctions dont l'accomplissement chez certains individus, même à l'état normal, est beaucoup plus lent qu'on ne croit en général. Ce qu'il y a de positif, c'est que j'ai vu des malades rendre à dix heures du café au lait qui n'avait subi aucune espèce de travail digestif, et qui cependant était dans l'estomac depuis six heures du matin. Ce fait est sans doute exceptionnel; mais le fait de vomissements de matières incomplètement digérées, même après un séjour plus prolongé dans l'estomac, est excessivement fréquent.

Telles sont d'abord les conditions générales que je considère comme indispensables pour administrer sans danger le chloroforme :

1° Procédé donnant un libre accès à l'air;

2° Position horizontale du sujet;

3° Vacuité complète de l'estomac.

Comment va-t-on procéder à l'administration du chloroforme? quels effets physiologiques va-t-il produire?

Après quelques préparatifs que j'indiquerai tout à l'heure lorsque j'aurai parlé des accidents qui peuvent survenir, on commencera par faire sentir au patient le chloroforme pour qu'il ne soit pas surpris par l'odeur. Puis après s'être assuré que rien autour du col, autour du ventre, ne gêne la circulation, on étendra la compresse sur la face, en ayant soin

de soulever légèrement un des coins, si l'on craint que le passage de l'air soit gêné. Alors on versera au niveau du nez quelques gouttes de chloroforme, qui, par le fait de l'imbibition du linge, se trouveront étalées au-devant de la bouche et de l'orifice des narines; puis on pourra rabattre la partie supérieure de la compresse sur le nez, surtout si la compresse est très claire, tant pour éviter qu'une trop grande partie du chloroforme se perde, que pour que les assistants n'en soient pas eux-mêmes incommodés. L'opérateur tiendra lui-même le pouls, ou mieux le fera tenir par un aide. De temps en temps il soulèvera la compresse pour voir la face du malade; mais ce qu'il doit surtout surveiller, c'est la manière dont se fait la respiration, c'est la fonction dont la surveillance est la plus importante, c'est celle-là dont les aides se préoccupent le moins, se fiant au pouls, qui est le plus mauvais guide, parce que, quand il a cessé, le plus souvent le malade est mort. Voici comment la surveillance de la fonction de circulation, qui est en soi une bonne chose, en devient une mauvaise en donnant une fausse sécurité. Au bout d'une demi-minute, quelquefois moins, le chloroforme mis sur la compresse est évaporé; il faut en ajouter une nouvelle quantité. Mieux vaut y revenir souvent qu'en donner trop à la fois. Le premier effet du chloroforme respiré est une action irritante sur les bronches, irritation qui amène un peu de toux, et une tendance, de la part du malade, à repousser la compresse. Si cette toux était trop intense, il suffirait de retirer momentanément le chloroforme, et on pourrait le présenter de nouveau sous le nez du malade quelques secondes après; il sera alors généralement beaucoup mieux toléré.

Lorsque l'anesthésie marche régulièrement, il se passe une série de phénomènes dont la succession n'est pas absolument toujours la même, mais qui cependant, dans son ensemble, est à peu près semblable dans tous les cas : l'intelligence

s'obscurcit, le sujet éprouve une espèce de vertige, qui, pour quelques personnes, ne manque pas d'agrément; puis la sensibilité s'anéantit de la périphérie aux parties plus profondes; elle persiste plus longtemps aux tempes, dans les fosses nasales, que dans les autres points du corps. Les muscles de la vie de relation sont atteints; ils tombent dans la résolution plus ou moins complète, et, si l'on continue l'opération, les muscles de la vie organique ne tarderont pas à se prendre, et la mort, comme on pense bien, en sera la conséquence immédiate. Il advient souvent, et ce fait était bien plus commun quand on employait l'éther, il arrive souvent que, avant que la sensibilité soit complètement anéantie, ou bien quelquefois un peu plus tard, survient une période d'excitation, pendant laquelle le malade se livre à des mouvements désordonnés; il y a quelquefois de la contracture des membres. M. Sédillot veut que, dans ce cas, on donne de suite une forte dose afin d'étouffer promptement cette excitation. M. Robert est d'un avis contraire. Je crois que, le plus souvent, il suffit d'empêcher le malade de se livrer à des mouvements dangereux, et de continuer la manœuvre comme on l'avait commencée. Ce ne serait que si l'agitation se déclarait au moment où le chirurgien aurait déjà commencé à faire son opération, et où les mouvements désordonnés deviendraient dangereux, que je crois la pratique de M. Sédillot une bonne chose. D'autres fois, cette excitation est remplacée par du délire, tantôt placide, gai, parfois lubrique, mais le plus souvent triste et se rapportant à la crainte d'un danger.

La perte de l'intelligence ne précède pas toujours la perte de la sensibilité. Il arrive parfois que les malades entendent ce qui se dit autour d'eux, sans cependant pouvoir manifester leurs pensées. Il faut donc à ce moment se garder de prononcer aucune parole qui pût les préoccuper.

Le retour à l'état normal s'opère en sens inverse; cepen-

dant, la succession des phénomènes est moins apparente, et quoique les sujets aient parfois recouvré l'intelligence tout d'un coup, ils restent encore un certain temps à n'avoir qu'une sensibilité obtuse.

Pendant tout ce temps, lorsque la marche de l'anesthésie est régulière, le pouls peut bien varier un peu de fréquence; mais jamais il ne m'a paru subir de modification notable, et je n'attache qu'une importance médiocre à son examen minutieux.

La marche de l'anesthésie peut être modifiée par plusieurs circonstances qu'il est important de connaître. A part les circonstances générales dont j'ai parlé au début, il y a des conditions individuelles, idiosyncrasiques ou morbides, morales même, qui peuvent compliquer l'action physiologique du chloroforme.

Quelques personnes ont une crainte exagérée des accidents du chloroforme, ou bien elles ont tellement peur de la douleur, qu'elles craignent d'être réfractaires au chloroforme Les conditions morales ont une influence considérable sur la durée du temps nécessaire pour produire l'anesthésie. Il faut avant tout chercher à tranquilliser le malade, et lui persuader de s'abandonner avec confiance. J'ai vu un malade pour lequel j'ai été obligé de renoncer, à plusieurs reprises, au chloroforme. C'était un jeune homme robuste, qui, une première fois, avait très bien subi l'influence des vapeurs chloroformiques. Son corps, jusqu'à la ceinture, avait été trituré par le volant d'une machine, dans l'encaissement de ce volant. Les deux cuisses étaient broyées, le bassin et la vessie fortement contus. Il put être très aisément anesthésié, et supporta sans douleur l'amputation d'une cuisse, et les pansements nécessaires à l'autre. Plusieurs mois après, lorsque son état général était complètement revenu normal, je voulus cautériser au fer rouge quelques trajets fistuleux

tenant à des points limités d'ostéite. J'essayai à plusieurs reprises, à plusieurs jours d'intervalle, pendant vingt à vingt-cinq minutes chaque fois, de l'anesthésie. Je ne pus absolument rien obtenir, et cela avec du chloroforme dont j'étais sûr, qui m'avait servi dans plusieurs autres circonstances, mais que le malade était convaincu n'être pas assez fort pour l'endormir. C'est du reste le seul sujet que j'aie trouvé absolument réfractaire.

Par contre, dans d'autres circonstances, l'anesthésie, qui demande quelques minutes pour se produire, peut survenir avec une rapidité bien faite pour dérouter quelqu'un dont l'expérience ne serait pas suffisante, et que la brièveté du temps employé laisserait dans une sécurité trompeuse. Une femme de quarante-cinq ans, forte, bien constituée, ayant toutes les apparences de la santé, avait sur le mont de Vénus une tumeur fibro-plastique, allongée en forme de boudin, contre laquelle les attaques vaillantes, à coups de petits paquets, d'un docteur blasonné, n'avaient trouvé d'autre fin que celle des pièces de 5 fr. de cette malheureuse. Cette femme allait subir l'opération nécessitée par sa tumeur. L'interne était chargé de pratiquer la chloroformisation, et pendant qu'il commençait son opération à l'aide de la compresse, le chirurgien examinait le pédicule de la tumeur. C'est à ce moment que j'arrivai auprès du lit. Je n'ai pas plus tôt jeté les yeux sur la malade, que je m'aperçois que la face est considérablement pâle, la respiration notablement embarrassée, la résolution musculaire complète. J'enlève la compresse, et en même temps le chirurgien, qui, tout en examinant la tumeur, a entendu la respiration se faire mal, relève la tête, et avance la main pour porter secours à la malade, en face de l'interne, que l'étonnement a empêché jusqu'à présent de trouver de parole, pour nous dire : « Je ne viens que de commencer, elle n'a pas respiré deux fois. »

Il suffit de cesser les inhalations pour que toute crainte d'accident se dissipât, et néanmoins, malgré la petite quantité de chloroforme absorbé, la malade fut parfaitement insensible jusqu'à la fin de l'opération et même du pansement, c'est à dire pendant environ vingt minutes.

Ainsi, voici un sujet chez lequel deux inspirations avaient suffi pour produire : la première, l'anéantissement de l'intelligence et de la sensibilité; la seconde, la résolution musculaire des muscles de la vie de relation. Il n'est pas douteux pour moi qu'une ou deux inspirations de plus anéantissaient la contractilité des muscles de la vie organique et entraînaient la mort.

Rien ne peut donc faire prévoir à l'avance quelle sera la durée des inhalations nécessaires pour produire l'anesthésie. On a donné divers signes pour déterminer le moment précis où la sensibilité est anéantie. On le connaîtrait, d'après les uns, à un clignotement spécial des paupières; d'après d'autres, à un trismus des masséters. D'aucuns ont la prétention de le juger au pouls, qui deviendrait plus petit, plus fréquent. Pour ma part, je ne connais qu'un moyen sûr, c'est de tâter la sensibilité en pinçant le malade, surtout dans les régions comme les tempes, qui ne se prennent qu'en dernier lieu, et dont l'insensibilité dénote une anesthésie complète. Le clignotement des paupières, le trismus, sont des signes trop incertains; le pouls, qui baisse, est un signe trop vague, et son irrégularité ne survient que dans les circonstances très graves, lorsque la vie du malade est déjà fortement compromise.

Un certain nombre d'accidents peuvent venir entraver la marche de l'anesthésie : ce sera une toux opiniâtre, déterminée par les vapeurs irritantes du chloroforme. Il sera en général suffisant de suspendre un instant les inhalations, de faire asseoir le malade, de lui donner au besoin une

petite gorgée d'eau, et, au bout de quelques minutes, on pourra recommencer l'opération sans inconvénient.

D'autres fois, surtout chez les vieillards, que l'on opèrera couchés sur le dos, des mucosités plus ou moins abondantes s'accumuleront dans l'arrière-gorge, au pourtour du larynx, et gêneront le passage de l'air. Joignez à cela que la langue pourra tomber sur l'épiglotte et augmenter cette gêne. Il suffira de faire pencher un peu la tête sur le côté et d'enlever les mucosités avec le doigt. Mais, au lieu de cette chute tout à fait passive de la langue, il pourra se faire, et ceci n'arrivera pas seulement chez le vieillard, il pourra se faire, dis-je, que les muscles ayant perdu une partie de leur tonicité ne maintiennent plus efficacement la langue, ne contre-balancent point l'aspiration que le vide des poumons à chaque inspiration fait subir à cet organe, et ne l'entraîne sur l'orifice de la glotte, tout cela étant favorisé par l'état d'insensibilité du malade; d'où découle l'impossibilité de réagir contre cette cause d'accident, qui est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'imagine. Pour ma part, je ne doute pas qu'elle n'ait joué un rôle important dans la plupart des cas de mort. Le mal étant connu, le remède est facile : suspendre les inhalations, et attirer la langue avec le manche d'une fourchette ou avec le doigt.

Il peut survenir dès les premières inhalations un spasme des muscles de la glotte et des mâchoires, spasme qui amène l'impossibilité de respirer, et par suite une congestion très vive de la face. Cet état, qui d'ailleurs n'est pas fréquent, se dissipe quelquefois par la suppression des inhalations, qu'on peut recommencer un instant après. Il m'est arrivé pourtant une fois d'être obligé de renoncer tout à fait à l'anesthésie : il s'agissait d'un matelot breton, chez lequel, à la suite de nécroses syphilitiques des os du crâne, le tétanos était survenu. J'essayai un moyen qui m'avait souvent réussi en

pareil cas pour desserrer les mâchoires et faire prendre soit des boissons, soit des aliments : c'est le chloroforme. Mais dès les premières inspirations, le spasme des masséters redoubla ; il s'y joignit en même temps un spasme violent du larynx, et j'eus beau suspendre les inhalations, quand je voulus recommencer, le même phénomène se reproduisit à trois ou quatre reprises. Je fus obligé de renoncer au chloroforme, tellement étaient intenses les signes de congestion de la face et de menace d'asphyxie. Chez un autre malade, jeune homme fort et robuste, qui avait été amputé de jambe, par moi, pour un traumatisme grave, et qui cette première fois avait, sauf quelques vomissements de vin ingurgité en abondance, et sauf les efforts nécessités par ces vomissements, assez bien supporté le chloroforme, lorsque plus tard je voulus l'anesthésier de nouveau afin de reséquer le nerf sciatique poplité externe, pour porter remède à une hypéresthésie atroce du moignon, j'eus assez de peine à produire l'insensibilité, et il me fallut une grande attention pour dominer le spasme du larynx et l'agitation qui se produisirent ; lorsque plus tard encore M. Azam, dans le service duquel était le malade, enhardi par le succès que j'avais obtenu sur la partie externe du moignon, voulut reséquer le nerf sciatique, il eut beaucoup de mal à produire l'anesthésie. Il est important de dire que ce malade, sujet autrefois à des attaques d'épilepsie, les avait vues revenir sous l'influence de son moignon douloureux.

Ce qui, dans ce fait, est encore très remarquable, c'est que l'intolérance pour le chloroforme a toujours été en augmentant. A la dernière fois qu'on essaya de lui en administrer, l'agitation fut tellement violente qu'il n'eût pas été prudent de renouveler l'épreuve.

Cette agitation violente, qui survient quelquefois pendant les inhalations du chloroforme, peut devenir un empêche-

ment à son administration. Il est à craindre que dans les efforts violents que fait le malade, il ne survienne de l'emphysème pulmonaire. Or, c'est là un des accidents que l'on a cru trouver dans les poumons des sujets morts par le chloroforme. C'est un fait que l'on a observé chez les animaux; on en a conclu, en s'appuyant sur quelques bulles de gaz trouvées dans les sinus de la dure-mère, que l'air avait pu pénétrer par les vésicules pulmonaires déchirées jusque dans le torrent de la circulation et produire les accidents terribles qu'il produit alors. Quoi qu'il en soit de cette théorie, il y a un fait positif, c'est que dans quelques circonstances très rares, il est vrai, puisque je ne l'ai rencontré qu'une fois, le chloroforme produit une agitation telle que je n'oserais pas continuer l'anesthésie, si cette ataxie persistait.

M. Robert signale un état spécial d'alanguissement et d'hyposthénisation dans lequel tomberaient certains sujets aux moments de l'administration du chloroforme, état qui pourrait se prolonger longtemps, plusieurs heures après la cessation des inhalations. Je n'ai jamais rien vu d'aussi prononcé; mais il faut convenir que j'ai rencontré au moins un malade chez lequel les signes d'une réaction vive, qui existait avant l'anesthésie, disparurent avec une rapidité telle que je n'osais provoquer qu'une demi-insensibilité; et l'état de repos, ainsi que la diminution d'excitation générale qui suivirent l'opération, furent plutôt légitimés par le débridement d'un énorme phlegmon sous-aponévrotique de tout le losange poplité, que par le fait du chloroforme lui-même.

Quant à la stupeur qui pourrait suivre une opération grave dans laquelle le chloroforme aurait été employé, j'aime mieux la mettre sur le compte du traumatisme que sur le compte du chloroforme. D'ailleurs, je m'expliquerai la-dessus tout à l'heure à l'article des contre-indications.

Le seul inconvénient consécutif que j'ai observé est un malaise général, un peu de céphalalgie qui persiste quelques heures après l'emploi du chloroforme, qu'on observe surtout quand la chloroformisation a été prolongée longtemps ou bien lorsque l'estomac n'était point vide.

Chez quelques femmes hystériques le choroforme a pu, comme l'est souvent tout modificateur du système nerveux, être le point de départ d'un de ces accès bizarres auxquels sont sujettes les femmes atteintes de cette maladie. C'est ainsi que j'ai enlevé des végétations énormes à la vulve et au vagin d'une jeune fille chez laquelle l'anesthésie était très longue à se produire, mais chez laquelle elle se prolongeait presque indéfiniment. Cette malade restait ainsi très longtemps dans un état de résolution complète, absolument insensible de tout son corps, répondant avec lenteur aux questions que je lui faisais. Deux fois j'ai laissé cet état se prolonger depuis la visite du matin jusqu'à celle du soir sans inconvénient aucun; une secousse électrique a les deux fois rétabli l'état normal.

Je me suis ici évidemment trouvé en face d'une anesthésie hystérique succédant à l'anesthésie chloroformique, comme elle aurait pu succéder à autre chose, comme je l'ai produite une autre fois en hypnotisant la malade, comme je la produisais chez une autre jeune fille sujette à des attaques d'hystérie épileptiforme en lui présentant de l'ammoniaque sous le nez au moment de son attaque, etc.

J'arrive à un autre accident : la mort par le chloroforme qui, à mon sens, n'est que l'exagération de ceux que je viens d'étudier. Je ne connais pas, quoi que l'on en ait dit, une seule observation dans laquelle on soit en droit d'invoquer une action toxique foudroyante du chloroforme, action liée à l'idiosyncrasie du sujet. Souvent, au contraire, les malheureux que la mort a

frappés avaient pu être chloroformisés d'autres fois sans inconvénient; je n'en veux citer entre autres que l'exemple de cette femme de Doncaster qui était habituée depuis 4 ans à user 10, 12, et 15 onces de chloroforme en un jour, et qui se tua avec une seule once.

Ce qui rend l'étude de cet accident difficile, c'est l'insuffisance des observations, non pas qu'elles fassent défaut, elles sont malheureusement trop nombreuses, mais beaucoup manquent complétement des détails les plus importants; dans d'autres, on trouve une incohérence telle dans la narration des divers témoins du fait; il y a dans beaucoup une tendance telle à disculper l'opérateur, qu'il est bien permis de supposer que l'exactitude la plus scrupuleuse n'a pas toujours présidé à leur rédaction; non pas que je suspecte la bonne foi des auteurs, mais je suspecte leur sangfroid et leur désir bien légitime, d'ailleurs, de se soustraire à la responsabilité d'un pareil malheur. Qui n'a vu des médecins, dans les circonstances graves, perdre la tête, ne point voir ce qui se passait, et recourir à une foule de manœuvres dont le moindre inconvénient était d'être inutiles? Quoi de plus facile, par exemple, lorsqu'on est préoccupé, que de ne point trouver un pouls qui, tout en n'étant pas très vigoureux, est cependant encore appréciable? Quoi de plus aisé que de mettre sur le compte du chloroforme une syncope qui n'était due qu'au traumatisme? Je ne veux, pour témoigner de cette préoccupation bien naturelle des opérateurs que cet emploi précipité de moyens pour le moins inutiles — que l'on voit revenir dans bon nombre d'observation, — tels, par exemple, que des sinapismes, des titillations du nez avec une barbe de plume, etc.

Il est bien évident que le premier moyen demandant 7 à 8 minutes pour agir efficacement, et le second étant basé sur la sensibilité excessive de la muqueuse nasale, ne peuvent :

l'un, prévenir la mort qui arrive en quelques secondes, et l'autre, produire un résultat basé sur la sensibilité d'un organe qui n'en a plus.

Enfin, il sera dans quelques cas loisible de faire intervenir la question de mort subite survenue soit à l'occasion du chloroforme ou de l'opération, soit coïncidant avec ces deux causes de perturbation, mais ne se rattachant point d'une façon immédiate à l'une ou l'autre.

Je ne serai pas aussi facile que le fut M. Malgaigne dans son rapport à l'Académie pour l'admission de cette cause de mort; mais vraiment ce genre de terminaison de la vie se renouvelle depuis quelque temps avec une telle fréquence, que je n'oserai affirmer que, dans quelques cas, elle ne puisse survenir pendant l'administration du chloroforme. Rien ne s'oppose à ce que nous admettions qu'un sujet prédisposé à la mort subite par embolie, par apoplexie du bulbe, par insuffisance aortique, ne trouve dans la préoccupation de l'opération, dans l'action même du chloroforme, une cause occasionnelle qui permettra au danger immédiat de se produire; mais je m'empresserai d'ajouter que je ne connais point de fait dans lequel pareille cause de mort ressorte nettement de la narration des auteurs.

Les expériences sur les animaux ont un cachet d'exactitude beaucoup plus grand. Par malheur, nous ne sommes pas en mesure de prouver catégoriquement que l'action du chloroforme soit identique chez ces derniers et chez l'homme, et l'on pourra toujours arguer de ce défaut d'identité pour récuser l'expérimentation. C'est même cette régularité dans les périodes successives de l'action chloroformique, qui est constante chez les animaux et variable chez l'homme, que l'on a toujours opposée à l'opinion de ceux qui voulaient tirer de l'expérimentation des données applicables à l'homme.

Quant à moi, à part une impressionnabilité pour le chloro-

forme variable suivant les espèces, je trouve que la seule chose qui mette de la différence dans la série des phénomènes qui se passent chez l'anesthésié homme et chez l'anesthésié animal, c'est d'abord au début l'appréhension morale, et ensuite l'état organique de l'entrée du larynx, l'appareil lingual des animaux, est beaucoup plus puissant que celui de l'homme. La pesanteur agit différemment à cause de la position différente que l'on donne à la bête ou qu'elle a à l'état normal. Ces deux causes réunies rendent l'obturation de l'orifice du larynx plus difficile, et par suite cette cause d'asphyxie doit se rencontrer beaucoup moins souvent chez l'animal que chez l'homme.

Pour tirer une conclusion des faits fournis par les observations, il est indispensable de les analyser, et il faut ramener chaque chose à sa véritable signification, ne pas mettre sur le compte du chloroforme ce qui n'appartient nullement à cet agent.

Un jeune homme avait une tumeur fibroplastique du fémur pour laquelle la désarticulation de la cuisse est jugée nécessaire. Dès que le sujet est anesthésié, le chirurgien opère l'ablation du membre avec une grande dextérité. Les ligatures sont faites; le patient commence à revenir de l'anesthésie, lorsque le chef de service, ayant ordonné de porter le malade un peu plus sur le bord de la table, les aides lui soulèvent le thorax; il n'en faut pas davantage pour que la face devienne très pâle, le pouls fuyant, la respiration embarrassée, et tout cela dans l'espace d'une ou deux secondes. Un des assistants mal avisé prête la main aux aides pour asseoir complétement le malade; la face devient alors affreusement pâle, la tête se déjette sur le tronc, qui lui-même s'affaisse.

Tout cela, dis-je, n'avait pas duré 10 secondes, puisque, malgré l'empressement que j'y mis, je n'avais pas encore pu faire entendre aux aides qu'ils faisaient une fausse

manœuvre. Le chirurgien relève la tête, s'aperçoit du danger : étendre le malade horizontalement, faire ouvrir la fenêtre, asperger vigoureusement la face, la poitrine avec une serviette mouillée, tout ceci fut l'affaire d'un instant et fut assez promptement exécuté pour rendre à la vie un homme que j'avais bien cru mort. Cet exemple de sang-froid et de décision, donné par un de mes maîtres, à une époque où je venais de débuter dans la pratique, m'a prodigieusement servi, et je suis convaincu que peut-être j'eusse depuis perdu un ou deux malades dans des circonstances analogues, si le souvenir de ce fait ne m'eût donné du courage et du sang-froid.

Il est bien évident qu'ici le chloroforme n'était pour rien ou pour bien peu de chose dans l'accident qui est survenu, puisque le malade commençait à reprendre ses sens ; puisque c'est en essayant de l'asseoir qu'on a provoqué cette syncope si effrayante, syncope bien légitimée, d'ailleurs, par l'ablation chez un individu anémié d'une portion de son être, presque aussi volumineuse que la portion restante.

(La suite au prochain numéro.)

SERVICE DE M. LE D[r] LEVIEUX, SUPPLÉANCE DE M. LE D[r] DE FLEURY.

BRONCHITE, PLEURO-PNEUMONIE ; — OSSIFICATION DE LA POINTE DU CŒUR, AVEC RUPTURE DE CET ORGANE.

Mort, Nécropsie, Réflexions ;

Observation recueillie et publiée par M. LUZUN, interne et aide de Clinique médicale

Etchevery (Michel), célibataire, âgé de quarante-cinq ans, originaire du département des Basses-Pyrénées, actuellement à Bordeaux, a un tempérament lymphatico-sanguin ; il est sans domicile, sans profession. Son régime ordinaire et ses

conditions de santé sont très mauvais. Hérédité morbifique nulle; il affirme n'avoir jamais été malade. Depuis huit jours seulement, après une nuit passée en plein air, il est vivement fatigué par une toux opiniâtre et quinteuse, avec accès fébriles, qui le décident à entrer à l'hôpital Saint-André. Voici ce que nous avons observé à son arrivée, le 30 août 1863 : La peau est sèche et rugueuse, surtout à la face dorsale des mains, où l'on voit une desquamation de l'épiderme analogue à celle de la pellagre; sa coloration est bronzée. La langue, presque partout saburrale, est un peu rouge à la pointe. Inappétence, nausées sans vomissements, pesanteur à l'épigastre, légère douleur à la pression, selles rares; pouls plein, régulier (78); région précordiale normale, bruits assez forts mais profonds, souffle dur à la pointe et au premier temps, il semble précéder la contraction ventriculaire; la respiration paraît normale, la voix est un peu affaiblie, une toux assez fréquente fatigue le malade et est suivie de crachats blanc-verdâtres épais, difficilement expectorés; râles humides et ronflants dans les deux poumons.

Diagnostic : bronchite aiguë, épaississement des valvules auriculo-ventriculaires.

Potion :	Kermès minéral...	0,15
	Poudre de digitale.......	0,05
	Sp diacode.............	30 gr.
	Véhicule................	q.s.

Tisane pectorale. — Régime lacté.

La desquamation de l'épiderme de la face dorsale des mains, le facies hébété de l'individu, son intelligence obtuse, nous firent aussi penser à la pellagre; nous mettons un point d'interrogation à ce dernier diagnostic.

La bronchite dura huit jours. La guérison paraissait complète; avant de sortir, le malade demande un bain de propreté, on le lui accorde. Dès le lendemain, il accuse une

douleur assez vive au-dessous du mamelon droit, et des palpitations de cœur assez intenses. Nous l'examinons, et l'auscultation nous révèle les signes non équivoques d'une pneumonie au début. Matité assez prononcée à la base du poumon droit, râles crépitants nombreux, crachats sanguinolents, pouls fort à 90 pulsations par minute, persistance et augmentation de l'intensité du bruit de souffle à la pointe du cœur.

Potion :	Oxyde blanc d'antimoine.	2
	Kermès................	1
	Sp diacode..............	30
	Poudre de digitale.......	0,08
	Véhicule................	q. s.

Le lendemain, 12 septembre, un peu de souffle tubaire apparaît à la partie inférieure du poumon droit; au centre, la crépitation persiste et s'étend vers le sommet; les crachats sont plus épais et un peu jaunâtres; même intensité des symptômes fébriles.

Oxyde blanc d'antimoine, 4 grammes; large vésicatoire à la partie postérieure du poumon droit.

Dans la nuit du 12 au 13 septembre, une diarrhée assez intense est survenue, cinq selles liquides très odorantes; mussitation prononcée, céphalalgie intense (il y avait alors dans la salle quatre cas de dothinenterie, venus du dehors), douleur dans la fosse iliaque droite; le vésicatoire a produit une ampoule considérable. Une révulsion au niveau de la fosse iliaque droite, avec quinze gouttes d'huile de croton tiglium, est prescrite; même médication à l'intérieur.

Le 15 septembre, matité absolue dans toute l'étendue du poumon droit, souffle vésiculo-tubaire; la mensuration donne une différence de 3 centimètres en faveur de ce côté, l'autre n'offre que des râles sous-crépitants assez nombreux; respiration un peu gênée, 31 inspirations par minute; persistance

de la diarrhée, de la mussitation et des autres symptômes; pouls à 112, bruit de souffle à la pointe du cœur toujours assez intense.

Purgation avec 20 grammes d'huile de ricin; exciter le vésicatoire.

Acétate de potasse.	12 grammes.
Eau.	500

Les mêmes symptômes persistent pendant deux jours, et s'amendent ensuite assez rapidement. Le 19 septembre, la matité avait beaucoup diminué, la mussitation et la diarrhée avaient presque disparu, l'état général était satisfaisant. Vers trois heures après midi, entrant dans la salle, j'apprends que le malade du lit n° 19 est mort subitement. Son voisin ne s'en est aperçu que quelques instants auparavant, en voulant lui parler.

Nécropsie, vingt-huit heures après la mort. En enlevant la partie antérieure du thorax, une grande quantité de sérosité opaline s'échappe de la plèvre droite, environ un litre. La plèvre gauche est saine ainsi que le poumon qu'elle recouvre. Le poumon droit offre une hépatisation rouge dans toute son étendue, avec quelques plaques d'hépatisation grise. Il existe au niveau du cœur une voussure considérable; le péricarde est distendu sans forme régulière. Incision de droit à gauche, caillots sanguins épais, recouvrant complètement le cœur en avant, poids 150 grammes. — Nous pensons immédiatement à une rupture du cœur, ou à celle de l'origine des gros vaisseaux. Chargé de faire la nécropsie, j'introduis mon doigt auriculaire par l'ouverture faite au péricarde, et ayant cherché vainement un orifice vers la base des gros vaisseaux, je me dirige vers la pointe du cœur. Là, mon doigt pénètre sans aucune résistance dans un orifice inégal et raboteux, à forme circulaire; il y a sur son pourtour de nombreuses rugosités, des petits corps pointus et très résistants. Tous

ceux qui étaient présents examinèrent successivement le cœur, et tous purent introduire leur doigt dans l'orifice situé vers la pointe. Le cœur fut enlevé et ouvert. Son tissu est décoloré, surtout à la pointe, où il est noirâtre et offre la couleur des plaies par armes à feu; il est mou, flasque. L'artère coronaire, dans sa portion inférieure, est complètement ossifiée. Sur la paroi interne de l'aorte il y a de nombreuses plaques ossifiées d'environ 1 centimètre de diamètre chacune. Toutes les valvules sont saines. Le ventricule droit n'offre rien de particulier à constater; le gauche, ouvert jusqu'à la pointe, présente, dans une longueur d'environ 2 centimètres, une foule de petites ossifications isolées, dont les plus grandes ont jusqu'à 4 et 5 millimètres de longueur; plusieurs sont mamelonnées et séparées des autres par des intervalles minimes, au fond desquels est un tissu blanchâtre très résistant. L'ouverture externe de l'orifice est légèrement elliptique; ses bords sont assez irréguliers et s'engrènent dans la moitié supérieure de l'ouverture; on dirait qu'en bas et en arrière elle a été faite avec un emporte-pièce et qu'un morceau a disparu. De l'intérieur du ventricule, des filaments de tissu fibreux se rendent à chaque point ossifié et s'y perdent. Le foie, un peu hypertrophié, pèse 1720 grammes. La rate est tuméfiée et ramollie; il y a une petite rate supplémentaire. L'intestin offre quelques rares ulcérations des glandes de Peyer. Les méninges sont un peu injectées. Poids du cerveau 1600 grammes. Pas de sérosité dans les ventricules, même poids pour chaque hémisphère.

Réflexions. — L'Observation qui précède est à plusieurs points de vue très intéressante. Les cas de rupture du cœur à la suite d'ossification de cet organe sont très rares, et l'ossification de la pointe est un état pathologique qui est loin d'être fréquent.

La mort ici est évidemment due à la rupture du cœur, et

à la pénétration du sang dans le péricarde. En effet, la bronchite et la pleuro-pneumonie, qui néanmoins avaient été très graves, étaient en voie de complète résolution, et nous espérions obtenir sous peu de jours une guérison franche. Il me semble que ce serait cependant exagérer les choses, de dire que ces affections ne sont pas au moins une cause indirecte de la mort, ou mieux, qu'elles ne l'aient point hâtée. En effet, elles causaient une gêne évidente et toute mécanique dans la circulation. Le poumon droit hépatisé en entier, comprimé de plus par une quantité assez considérable de liquide, ne respirait que peu ou très mal; le gauche, qui avait présenté des râles sous-crépitants assez nombreux, était obligé d'exagérer ses fonctions pour faciliter l'hématose et revivifier le sang. Il en résultait assurément une gêne dans la circulation pulmonaire. Cette gêne devait amener une plus grande force dans l'impulsion donnée au sang par le cœur, et cette impulsion, plus considérable qu'auparavant à la base et à la pointe du cœur, a trouvé les parois de cette dernière portion amincies et affaiblies par les altérations diverses qui y siégeaient, et les a dissociées à un moment donné. Un épanchement de sang s'est fait alors dans le péricarde, le cœur a été comprimé, et la mort est survenue par arrêt de la circulation. Je ne veux pas dire que tôt ou tard la rupture n'eût pas eu lieu sans ces affections intercurrentes; seulement, je crois pouvoir établir qu'elles ont, pour notre malade, hâté le moment fatal.

Maintenant, ne pourrait-on pas, en examinant sérieusement l'Observation qui précède, y trouver la cause immédiate de la rupture de la pointe du cœur? Il est impossible de l'attribuer à une dégénérescence graisseuse, ou une dégénérescence sénile du cœur; à une apoplexie, à un abcès des parois, ou un anévrysme quelconque. L'examen de la pièce anatomique ne permet de s'arrêter à aucune de ces causes. A

quoi faut-il donc l'attribuer? Il parut évident, à tous ceux qui examinèrent le cœur après son ablation, qu'à la partie postero-inférieure de la déchirure il y avait perte de substance. Comment s'était-elle produite? C'est une question assez difficile à résoudre. Cependant, si l'on fait attention à la coloration de la pointe du cœur, aux lambeaux flottants de la partie supero-antérieure de l'ouverture, lambeaux qui s'engrènent exactement; à l'ossification de l'extrémité inférieure de l'artère coronaire qui se distribue à la pointe, n'est-on pas en droit de penser que cette coloration noirâtre est due à un défaut de nutrition dans cette partie; à une véritable gangrène progressive de la pointe du cœur, gangrène allant probablement de dehors en dedans, amincissant les parois, et les rendant enfin inhabiles à résister au choc des contractions ventriculaires? Ceci est du reste parfaitement d'accord avec la nécropsie. Le tissu du cœur a présenté tous les caractères que Baillie a attribués à ce genre d'affections : il était noirâtre, relâché, ramolli et friable. M. Pigeaux a, il est vrai, noté de plus dans ces cas une odeur *sui generis,* une odeur de gangrène. Nous ne l'avons point remarquée; mais, d'après cet auteur, elle est rarement très forte et passe souvent inaperçue; j'ajouterai, surtout dans un amphithéâtre, avec l'atmosphère ambiante. Je crois donc que la rupture a été occasionnée par la gangrène de la pointe du cœur, à cause du défaut de nutrition dans cette partie.

J'ai dit que l'amincissement des parois, que leur désorganisation avaient eu lieu probablement de dehors en dedans. Je crois avoir bien fait d'ajouter le mot *probablement,* car on ne peut rien affirmer en pareille matière; seulement, cette opinion me semble la plus raisonnable. En effet, les vasa-vasorum du cœur, ceux qui le nourrissent, qui vivifient ses fibres, lui viennent tous de l'artère coronaire; mais celle-ci, située à la partie antérieure sur la ligne médiane, parallèle-

ment à la cloison qui sépare les ventricules, étant ossifiée à son extrémité inférieure, où elle n'a déjà plus qu'un calibre minime, ne permet pas au sang de pénétrer en quantité suffisante à la partie inférieure et externe du cœur, où elle en dirige ordinairement le plus. C'est alors cette partie qui souffre la première de cette privation et en subit les graves conséquences. La paroi interne du cœur, ossifiée en lamelles, et offrant comme base de cette ossification un fond presque entièrement fibreux, a bien pu gêner encore la nutrition de l'organe; mais son rôle demeure inconnu, et son action me paraît beaucoup moins importante que celle de l'ossification de l'extrémité de l'artère coronaire. Ceci me fait présumer et même croire que la destruction des parois a eu lieu de dehors en dedans jusqu'à un amincissement déterminé, qui a ensuite cédé au choc du sang dans une systole ventriculaire. On peut du reste expliquer ainsi d'une manière assez satisfaisante la production de l'orifice circulaire, qui semblait fait comme avec un emporte-pièce, et qui existait à la partie postero-inférieure de l'ouverture. Faut-il penser toutefois que l'ossification de la partie interne du cœur n'ait exercé aucune influence sur la production de l'ouverture du ventricule gauche? Non; ce serait assurément une erreur, car alors il n'y aurait aucune raison pour que le ventricule droit, dont les parois sont moins épaisses et qui contiennent du sang veineux, n'eût également subi le même défaut de nutrition, n'en eût présenté les mêmes conséquences, ou, pour mieux dire, ne se fût, ou plus tôt, ou simultanément perforé. Toute sa partie interne était saine et normale, ses fibres étaient rouges, et la partie externe au contraire était noirâtre ou n'offrait qu'une teinte livide. Cette partie avait donc souffert la première, et ceci confirme mon opinion pour la marche de dehors en dedans de la désorganisation des tissus. On ne peut donc pas nier l'influence de l'ossifica-

tion sur la rupture. Il y a dans la science plusieurs cas d'incrustation calcaire de l'artère coronaire ayant amené des ruptures du cœur. La plupart des auteurs ont pensé qu'elles s'étaient produites de la même manière. Un de ces cas présente une véritable analogie avec celui-ci; l'Observation en a été publiée par M. Fleury, de Clermont. C'est chez un vieillard dont l'aorte était par endroits ossifiée, ainsi que les valvules sygmoïdes. L'artère coronaire avait subi la même altération, le ventricule gauche s'était brisé peu à peu et avait produit un épanchement graduel de sang dans le péricarde. Le lieu où la rupture s'est produite n'est pas exactement indiqué, et il n'est nullement question d'une ossification du cornet fibreux de la pointe du cœur. On voit qu'il y a assez d'analogie entre ces deux Observations, quoiqu'il y ait aussi des divergences assez marquées. J'ai vainement cherché d'autres cas analogues dans plusieurs ouvrages spéciaux, notamment dans la Thèse pour le doctorat de M. Elleaume, de Chevreuse, qui cite quarante-sept Observations de rupture du cœur par cause organique; mais je n'ai rien trouvé qui satisfît mes recherches.

Il me resterait une dernière question à traiter, et ce n'est pas assurément la moins importante : c'est la discussion du diagnostic de pellagre que j'ai avancé plus haut, et dont l'idée émanait de mon chef de service. De plus, l'étude de l'influence de cette affection, si toutefois elle existait réellement sur la production et la marche de l'altération osseuse du cœur, serait encore très intéressante. Généralement, on ne trouve de ce côté, chez les pellagreux, aucun phénomène pathologique notable, si ce n'est parfois l'hypertrophie. Ce fait serait-il un cas à part, et pourrait-on, à cause de la misère physique de l'individu, à cause de sa nourriture grossière et insuffisante, de ses veillées fréquentes en plein air, de l'état obtus de ses facultés intellectuelles, enfin de l'érythème pel-

lagroïde de la face dorsale des mains, lui imposer le nom de *pellagre?* C'est ce que j'ignore, et je reconnais que la question est de beaucoup au dessus de mes forces. Je ne la résoudrai donc pas, et je laisserai ceux qui s'occupent spécialement de cette affection, s'ils sont de cet avis, prendre dans cette Observation ce qui leur semblera utile à ce dernier point de vue.

Je n'ai plus qu'un mot à dire, c'est pour avouer une erreur. Plusieurs fois, dans cette Observation, j'ai parlé d'un bruit de souffle qui s'entendait à la pointe, bruit assez dur, mais profond, et parfois difficile à percevoir. Il paraissait se produire immédiatement avant le premier temps, et pendant ce temps (systole ventriculaire) il n'existait qu'à la pointe. Le diagnostic de rétrécissement des valvules auriculo-ventriculaires fut porté, la nécropsie a démontré l'erreur, et ce bruit de souffle rude était sans doute dû au frottement des lamelles osseuses les unes contre les autres.

Dans un cas semblable l'erreur était permise, et se renouvellerait, je crois, souvent si ces faits étaient plus nombreux. Deux mots, résumant tout ce qui précède, vont clairement exposer mon opinion : les maladies intercurrentes (bronchite et pleuro-pneumonie) ont eu une influence réelle sur la précocité de la mort. Celle-ci est due à la rupture de la pointe du cœur, qui doit être attribuée à l'ossification interne, mais surtout externe, de certains points de cet organe. La désorganisation des tissus a eu lieu de dehors en dedans, et la rupture de dedans en dehors. L'altération osseuse était probablement due à la misère générale de l'individu, peut-être à la pellagre.

DE LA COMPRESSION DIGITALE CONTRE LES ANÉVRYSMES.

Observations de MM. Mc GRATH et C. BURCI.

Depuis quelques années, le traitement des anévrysmes a subi une complète révolution. — Ce qui était considéré comme la seule ancre de salut contre ces affections, l'opération de l'anévrysme, la ligature a presque complètement été détrônée, et n'est devenue qu'une mesure exceptionnelle, à laquelle on ne revient plus que dans des cas tout spéciaux, et où la compression s'est montrée inefficace. A la compression, exercée par des instruments plus ou moins ingénieusement inventés, a succédé, même à son tour, une compression qu'on peut appeler presque intelligente, la *compression digitale.* — Tous les genres d'anévrysmes n'ont pas encore été soumis à ce mode particulier. Il y a donc intérêt à recueillir les faits qui viennent successivement accroître le tableau de ses applications.

Dans une séance de la *Société de Chirurgie d'Irlande,* le Dr Mc Grath a présenté un cas d'anévrysme de la fémorale, traité avec succès par la compression digitale de l'iliaque externe. Ce n'est pas un cas ordinaire, soit par le fait lui-même, soit par le traitement qui a été adopté, et il mérite d'être reproduit :

« Timothy Mullaney, soldat au 36e Régiment, âgé de vingt-neuf ans, dont neuf passés au service, fut admis à l'hôpital général de Dublin le 31 juillet 1863. — Il porte une tumeur pulsatile à la partie supérieure de la cuisse gauche. La tumeur, molle et fluctuante, s'étend par en bas au dessous du ligament de Poupart d'environ 3 pouces 1/2. Elle mesure environ 5 pouces de diamètre. La pulsation, violente, est accompagnée d'un bruit de souffle. Le malade, fort et robuste d'ailleurs, le pouls plein et rapide, la peau chaude et sèche, se plaint d'une grave douleur à la partie interne de la cuisse et au pli de l'aine. — Il

raconte que, la veille de son admission à l'hôpital, il a fait, pour soulever de pesants fardeaux, de violents efforts musculaires. — Dans ce moment il n'éprouva aucun malaise, et n'eut pas conscience d'avoir éprouvé aucun mal; mais quand il eut fini son travail, se sentant fatigué, il alla se coucher et dormit pendant six heures. En s'éveillant, il sentit une douleur dans le pli de l'aine, et un engourdissement dans la jambe et la cuisse gauche, et pour la première fois il remarqua une tumeur pulsative dans l'aine. — La douleur, dès ce moment, fut si forte, qu'il ne dormit plus et fut forcé de s'agiter le reste de la nuit. Le matin, il demande du secours, et comme son régiment est sur le départ pour l'Inde, il fut dirigé sur l'hôpital général. A son admission, il fut visité par le chirurgien major Todd, et son aide Kirwan. — Un bandage fut appliqué sur le membre au dessous de la tumeur, et un coussinet d'étoupes fut placé sur le cours de l'iliaque externe. La tumeur elle-même fut tenue constamment couverte de glace. On donna aussi une potion opiacée, et tout rentra dans le calme; la nuit, le malade dormit assez bien.

» Le lendemain, 1er août, le chirurgien major applique le compresseur de Carte sur l'artère iliaque externe. La compression abolissait presque toute pulsation dans la tumeur. — Le bandage fut maintenu comme précédemment sur tout le membre, et les opiacés continués. — Jusqu'au 15 août, la compression fut continuée presque sans interruption, le malade supportait la douleur et l'embarras avec la plus grande résignation; mais deux petites ulcérations à la peau forcèrent à la suspendre.

» Pendant ce temps, la tumeur était devenue plus dure et plus circonscrite; mais la pulsation était presque aussi forte qu'au moment de l'admission. — Plusieurs confrères visitèrent le malade pendant la durée de la compression : le Dr O'Flaherty, inspecteur général, ainsi que les chirurgiens Tufnell et Heffernan, et la plupart des chirurgiens de la garnison. — Le 16 août, dans une consultation avec ces confrères, il fut décidé que, puisque l'anévrysme n'augmentait pas de grosseur, il fallait laisser se cicatriser les plaies des téguments, puis tenter de nouveau la compression, et, en cas d'insuccès, nous devions recourir à la

ligature de l'iliaque externe. On continua d'appliquer la glace sur la tumeur.

» Le 7 septembre, les plaies étant cicatrisées et l'irritation des parties autour de la tumeur étant apaisée, celle-ci restant dans le même état, la compression fut exercée avec les doigts, sur la paroi de l'iliaque externe, par des aides se relayant très régulièrement, chacun pressant convenablement l'artère pendant environ cinq minutes. — De cette manière, la pression fut exercée, sous ma surveillance, environ cinq heures par jour, et, vers le 15 septembre, j'eus la satisfaction de voir la tumeur graduellement se solidifier, devenir plus dure, plus circonscrite, et la pulsation moins considérable. — Le matin du 23 septembre, la compression ayant été continuée jusque là, on n'appréciait plus de pulsation dans la tumeur; elle semble reparaître pourtant vers midi, mais très légèrement. — Le 14 octobre, la compression étant suspendue tout le jour, la pulsation avait cessé complètement, soit dans la tumeur, soit dans les artères fémorales poplitée et tibiale. — Pendant les deux derniers jours, on avait exercé la compression digitale non seulement sur le vaisseau iliaque lui-même, mais aussi sur le côté de la tumeur, et je penche à croire que c'est avec un grand avantage.

» On peut considérer ce fait comme important sous plusieurs rapports; d'abord c'est, je crois, le seul qui ait été publié d'un traitement heureux par la compression digitale de l'iliaque externe, contre un anévrysme de la fémorale. Je croyais même que c'était le seul exemple dans lequel la compression, n'importe de quelle manière, eût été employée avec succès. — Je dois à M. O'Flaherty, médecin principal de la division, de m'avoir signalé, dans le *Medical times and Gazette* du 11 octobre 1862, un cas très intéressant, dans lequel la compression fut employée dans le traitement de l'anévrysme de la fémorale; mais, dans ce fait, la compression a été exercée surtout par des instruments. — Dans le cas que je viens de rapporter, la supériorité de la compression digitale est évidente, l'artère étant plus immédiatement appréciée, et la douleur étant assez légère.

» Cette méthode doit être adoptée avec une espérance de

succès dans les hôpitaux, où l'on peut facilement se procurer des aides pour se remplacer; là où l'on peut trouver facilement des étudiants de bonne volonté. — L'emploi de la compression sur le bord de la tumeur, dans ce fait, me paraît digne d'attention, quoique, au moment où on y a eu recours, la tumeur devenait rapidement solide. — Néanmoins, cela me paraît avoir hâté la guérison. — Dans quelques-uns des cas d'anévrysmes traités à Dublin par la compression, cette modification de traitement a depuis été adoptée. — On a montré le sujet de cette Observation aux membres de la Société de Chirurgie, dans la séance du 12 janvier. Il a été soigneusement examiné. — La tumeur de l'aine n'offrait plus de pulsation, et diminuait graduellement par l'absorption. — On ne découvrait plus de pulsations, ni dans la fémorale, ni dans les artères poplitée et tibiale. »

Ce fait a été l'occasion de quelques réflexions au sein de la Société de Chirurgie de Dublin. — On a été surpris de ce que la tumeur a acquis une telle dimension dans un jour. — On a remarqué aussi ce fait de l'absence des pulsations dans les artères poplitée et tibiale, sans avoir amené le gonflement du membre. — On a regretté que l'anévrysme n'ait pas été moulé avant la compression. — Mais tous ont loué l'emploi de la compression digitale dans ce cas, qui aurait été jusque là traité par la ligature. — On est généralement convenu que des deux aides l'un doit isoler l'artère, l'autre placer les bouts des doigts d'une main sur les doigts du premier pour assurer la compression. — En somme, on a loué singulièrement le Dr Mc Grath d'avoir tenté la compression dans un cas d'anévrysme qui eût autrefois fait recourir forcément à la ligature.

La compression digitale contre les anévrysmes ayant eu son berceau en Italie, ce pays devait donner son contingent de faits à cette brillante méthode; elle en a fourni un assez bon nombre.

En voici deux nouveaux, dus au professeur C. Burci, qu'il a lus à la Société Medico-Physique de Florence, dans la séance publique du 23 février 1863 :

« Le 16 mars 1859, *Maria Giusti,* paysane âgée de soixante-cinq ans, fut admise à la clinique de Pise, souffrant d'un asthme par affection du cœur. Elle fatiguait beaucoup dans sa profession de servante, et avait l'habitude de se faire saigner, à chaque printemps et à chaque automne, depuis nombre d'années. — Elle avait subi sa dernière saignée depuis six jours. — Elle racontait qu'à peine blessée au bras gauche, le sang sortit impétueusement d'un jet subit; de sorte que, pour l'arrêter, on fut obligé de faire une compression avec une bande et des compresses trempées dans l'eau glacée. — Le jet du sang arrêté, on vit le bras se gonfler et devenir douloureux. La douleur devint bientôt si forte et si intolérable, que, de crainte de voir le mal empirer, et malgré qu'on eût enlevé les liens, le bras se gonflant toujours davantage et la douleur augmentant, elle se fit transporter à l'hôpital *Santa Chiara.*

» D'un tempérament sanguin artériel; maigre, colorée, bien constituée, ardente, cette malade avait souvent éprouvé des atteintes de rhumatismes, soit articulaires, soit musculaires, et portait tous les signes d'une hypertrophie générale du cœur, d'où les accès qui, de temps en temps, la tourmentaient. — Le pouls du côté droit était vibrant, régulier; l'artère volumineuse et un peu raide. Le bras gauche offrait à l'examen, vers le pli du coude, une tumeur diffuse, dure, tendue, pulsatile, étendue de la partie interne jusque vers l'aisselle. — Les pulsations de la radiale se sentaient faiblement au carpe; celles de la cubitale, pas du tout. — L'humérale battait peu; l'axillaire, au contraire, très fort. L'oreille et le stéthoscope percevaient très clairement et la pulsation et le bruit de souffle. — Le bras était dans la demi-flexion; il ne pouvait être ni plus étendu ni plus fléchi. — La main, tuméfiée, violette, douloureuse; les doigts étendus, froids, et ne percevant pas bien le toucher. — On vit une cicatrice récente, correspondant à la veine médiane basilique, dépendant de la

dernière saignée. La douleur éprouvée par la malade, lorsqu'on tentait d'étendre le bras, était profonde, gravative, déchirante. — D'après ces signes, il était facile de diagnostiquer la blessure de l'humérale au pli du bras, produite par la saignée, et par conséquent cette forme d'anévrysme appelé par Scarpa *faux, diffus, primitif.* — Il en ressortait aussi évidemment l'indication de découvrir le foyer sanguin artériel, pour aller à la découverte de l'artère blessée, et la lier au dessus et au dessous, comme on a l'habitude de le faire en cas pareil, pour la meilleure garantie du succès. — Mais je pensais qu'il serait toujours temps d'adopter cette conduite, si la compression restait inefficace, et surtout la compression digitale, sur l'artère brachiale vers l'aisselle. J'avais, pour m'engager à me conduire ainsi, l'histoire des cas analogues où cette compression a réussi, la bonne constitution de la malade, la dureté notable de la tumeur, et ce battement vague de l'artère blessée, comme s'il y avait déjà un commencement de concrétion sanguine.

» A ma demande, vingt-quatre étudiants de 4e et 5e année s'offrirent pour donner leur aide à la clinique, pour le premier fait de ce genre qui s'offrait à eux. Il s'en inscrivit après jusqu'à cinquante-six. — Réunis deux à deux, chacun opérant pendant un quart d'heure à son tour; l'artère humérale fut comprimée dans le voisinage du pilier antérieur de l'aisselle, tantôt plus haut, tantôt plus bas, selon la tolérance, soit avec un, deux ou trois doigts, pliés en arc, avec la pulpe, sur une même ligne. Elle commença le 21 mars, à sept heures du soir, cinq jours après l'entrée de la malade à la clinique. — J'avais choisi cette heure comme la plus propice, à cause du calme de la nuit, plus facile à obtenir dans un hôpital. Je surveillai, comme c'était mon devoir, de temps en temps, l'opération, jusqu'à une heure avancée de la nuit. — Des deux aides, l'un comprimait, l'autre explorait la tumeur, ou plutôt l'enflure anévrysmale, autant pour noter les changements qui survenaient, que pour s'assurer, d'autre part, que l'artère était réellement comprimée. — La malade couchée, le bras dans la demi-flexion, légèrement écarté du tronc, était nu jusqu'au dessous de l'articulation du coude. L'avant-bras et la main enve-

loppés dans des flanelles chaudes. — Les premières heures de la compression, jusqu'à quatre heures du matin, furent douloureuses pour la malade, au point qu'elle refusait d'être guérie à ce prix. La pression sur l'artère, quoique graduée, alternée, tantôt plus forte, tantôt plus douce, tantôt dans un point, tantôt dans un autre, était pénible, pesante, engourdie, comme serrée dans des liens. Cette sensation occupait tout le bras, et spécialement le bout des doigts, le dos de la main et le pli du coude. La malade disait qu'elle perdait le bras; elle était dans une agitation physique et morale qui ne lui laissait point de repos. — Depuis quatre heures, où les pulsations de la tumeur étaient devenues moindres, profondes et non appréciables partout, le battement du pouls était suspendu, la partie tuméfiée était plus dure et moins tendue, les douleurs s'apaisèrent, et vers six heures du matin, quand je revis la malade, je la trouvai tranquille, plus contente et espérant sa guérison.

» Dans la matinée du 22, la compression fut continuée par intermittence tant que le battement se fit sentir au pli du bras, puis tout battement cessa. La compression digitale, continuée sans interruption pendant douze heures, puis pendant autant de temps par intermittence, avait guéri la plaie artérielle et l'anévrysme. — Les douleurs peu à peu se calmèrent. Un frémissement d'abord, puis le pouls accentué reparurent dans la radiale et la cubitale. L'humérale continue à battre dans toute la partie supérieure du bras où avait été exercée la compression.

» Assuré d'avoir obtenu un caillot fibrineux par la seule puissance de la compression digitale, pour m'assurer l'immobilité du membre et empêcher tout mouvement brusque ou violent, j'appliquai, le 23, un appareil amidonné pour maintenir, peu serrés pourtant, la partie supérieure de l'avant-bras et presque tout le bras, et je ne l'enlevai qu'après le douzième jour. — Toute la tumeur diffuse était dissipée. Il restait au pli du coude une petite tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, jusqu'à laquelle on suivait la pulsation de la brachiale, qui se perdait après. L'artère, là, était probablement obturée, puisqu'elle ne communiquait au point induré aucun mouvement. Les mouve-

ments du membre étaient libres et point douloureux; néanmoins je conseillai le repos. — La malade quitta la clinique le 14 mai, environ deux mois après qu'elle y était entrée pour cette grave maladie, parfaitement guérie.»

Le 2e fait présenté par le professeur Burci est ainsi raconté par lui :

» Anna Secci, quarante-deux ans, mariée, habitant un lieu montagneux, d'un tempérament sanguin-veineux, bonne constitution, gaie, s'accommodant de tout, a presque toujours été d'une bonne santé, excepté qu'à l'âge de quatorze ans elle a eu une fièvre éphémère et quelques refroidissements passagers.

» Au mois de mai 1862, en posant le pied gauche sur un escalier, elle glissa et tomba, frappant vivement du genou gauche, où il survint une ecchymose à la partie externe, vers la tête du péroné. — En soignant cette ecchymose, elle s'aperçut qu'elle avait dans le creux poplité un petit noyau fixe, mou, peu douloureux, lequel, en peu de temps, acquit la grosseur d'un œuf de poule, et commença à battre et à donner du malaise, spécialement vers les doigts du pied et à la jambe, surtout en marchant. — Assise, la jambe s'engourdissait; il fallait alors l'alonger et la mouvoir. Le coucher horizontal lui convenait, et surtout la compression sur le jarret, qu'elle faisait avec un mouchoir. — Mais la malade voyant que le mal allait en augmentant, que la tumeur grossissait, que la jambe s'engourdissait de plus en plus et la marche devenait plus douloureuse, de crainte de voir son mal empirer elle entre à l'hôpital, et fut reçue à la clinique le 11 décembre 1862.

» A l'examen, je trouvai dans la région poplitée une tumeur ovoïde, un peu irrégulière, pulsative, qui côtoyait le tendon du muscle biceps se prolongeant entre les jumeaux. — La main appliquée dessus, on sentait distinctement des battements isochrones à ceux du cœur. Ils cessaient si l'on comprimait l'artère crurale plus grosse, tendue et roide; ils augmentaient, au contraire, en pressant par en bas l'artère poplitée. — En écoutant avec le stéthoscope sur toute l'artère, et particulièrement la

partie supérieure, on sentait clairement le bruit de souffle un peu âpre; puis, si l'on appuyait sur la tumeur en même temps qu'elle diminuait de volume et qu'on approchait de la région poplitée, la pression occasionnait une sensation douloureuse à la malade, la tibiale et le pédicule battaient. La peau qui les recouvrait était çà et là livide et brunâtre. La malade ne pouvait ni étendre ni fléchir la jambe, douloureuse jusqu'aux orteils et à la plante du pied, dans le trajet des nerfs tibiaux, à cause de la compression du grand sciatique.

» *L'anévrysme poplité* était évident, et, vu la tension et la rigidité de l'artère crurale, on pouvait le dire *spontané;* mais on pouvait le considérer comme *traumatique,* en se rappelant la chute et la percussion sur le genou. Il est probable que les deux conditions s'y trouvaient, d'un côté la prédisposition du vaisseau artériel à ressentir une lésion, déterminée en effet par l'action traumatique. — C'était bien l'anévrysme mixte externe, par rupture, des tuniques externe et moyenne; le sac constitué par la tunique celluleuse, et communiquant avec la poplitée par la déchirure, en considérant la forme spéciale, le siége, son aspect et son mode d'apparition à la suite d'une percussion.

» Après quelque peu de repos et l'usage d'un léger bandage compressif, pour réduire la tumeur à un état plus simple, et surtout pour apaiser cette turgescence vasculaire qu'avait subi l'espace poplité, je songeai au traitement définitif. — D'autres, peut-être, auraient pensé à la ligature de l'artère fémorale, superficielle, ou à la compression directe et générale du membre, ou à l'injection hémostatique, ou à l'électro-puncture, ou à quelque autre moyen; pour moi, en considérant quelle était l'artère anévrysmatique, l'espèce d'anévrysme, sa cause, et les bonnes conditions de la malade, je me décidai pour la compression indirecte et manuelle. — Ce traitement fut entièrement confié au zèle, à la philanthropie éclairée des confrères qui fréquentent la clinique, ceux-ci se relevant chaque heure, et deux à deux, comprimant sur le pubis et en dessus et en dessous de l'artère fémorale commune, chacun pendant un quart d'heure tour à tour. Ils agirent de telle manière, avec tant d'intelligence, d'assiduité, de

patience et de désir d'obtenir un bon résultat, que je ne saurais trop leur témoigner ma reconnaissance pour leur bienfaisante et efficace coopération.

» La compression fut commencée le 9 janvier 1862, à sept heures. La cuisse et la jambe sans lien d'aucune espèce; seulement, une douce chaleur entretenue à celle-ci, demi-fléchie, et au pied. — Dans les premières heures, la malade éprouve à la jambe et au pied un fourmillement douloureux, plus intense qu'auparavant, et qu'elle supporte patiemment. De onze heures à minuit, je revis la malade, et déjà je trouvai que la pulsation de l'anévrysme diminuait notablement, que la tumeur était plus dure lorsqu'on suspendait la compression, ce qui faisait bien augurer de la guérison, et je ne me trompais pas. En effet, vers les quatre ou cinq heures du matin l'anévrysme était complètement solidifié, dur, ne battant plus, et en même temps les pulsations n'existaient plus à la crurale superficielle, le long de la poplitée, la tibiale jusqu'à la pédieuse; et cette fois encore la compression, qui fut prolongée jusqu'à sept heures du matin, avait guéri l'anévrysme dans neuf heures. Le membre cependant était douloureux, la malade ne pouvait le mouvoir; il semblait comme paralysé. Il fut maintenu chaud, demi-fléchi, le jarret posé sur un coussinet. — La diète, le repos d'esprit et de corps, le silence, furent recommandés, et peu à peu les douleurs s'apaisèrent, la sensibilité et la motilité se rétablirent, mais plus lentement au pied, à la jambe, à la cuisse. La tumeur anévrysmale devint de plus en plus dure, petite, plus déprimée, plus immobile. — Quarante-trois jours après que la compression digitale avait été pratiquée, la malade pouvait se dire complètement guérie. Elle se leva et marcha. — D'abord on assura le membre, pour plus de sûreté, avec un bandage légèrement compressif, puis on applique un bas élastique, et la malade est heureuse d'avoir recouvré sa santé. — Il est important de noter qu'en outre de l'endurcissement de la tumeur par des caillots fibrineux, la crurale superficielle, la poplitée et les artères majeures de la jambe sont oblitérées, et que la pulsation de la crurale est affaiblie, tandis qu'elle est évidente dans l'iliaque externe.

» Il semble que, chez cette malade, la circulation artérielle du membre anévrysmatique soit devenue de centrale périférique, comme il arrive le plus souvent après la ligature.

» On voit par ces faits que la *compression digitale*, par l'irrégularité, le mode gradué, interrompu, intermittent et varié qu'on peut lui donner, est le procédé le meilleur, le plus approprié à la cure de l'anévrysme; qu'on doit toujours le faire précéder les autres opérations plus graves et plus périlleuses. — La compression digitale doit sa plus grande valeur à la manière dont on la met en pratique, parce que les caillots sanguins doivent être produits dans le sac anévrysmal d'une manière interrompue et graduelle. — Ce procédé s'accommode aux indications naturelles de la maladie, et vient en aide merveilleusement à sa guérison radicale. »

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Traitement des ulcères variqueux. — On trouve, dans le *Bulletin médical du Dauphiné*, une note sur ce point conçue en ces termes :

« Rien n'est commun comme ces ulcères variqueux, de petite dimension, qui se manifestent à la suite d'un coup à la jambe. La douleur qu'ils déterminent, la gêne qu'ils apportent dans l'application des bas élastiques et des autres moyens de compression, leur peu de tendance à la cicatrisation, sont autant de circonstances dont ils tirent leur principale gravité. Nous croyons donc être utile à nos confrères en leur signalant plusieurs moyens d'y remédier promptement. Lorsque je suis appelé pour un cas de cette nature, je fais mettre le malade au repos absolu pendant les premiers jours et je l'y maintiens par la menace d'une hémorrhagie imminente. Puis, viennent les prescriptions suivantes : enlèvement immédiat de tout moyen de compression, pansements faits avec le glycérolé d'amidon à l'extrait de saturne étendu sur des plumasseaux renouvelés matin et soir. Si la plaie présente un aspect blafard, à chaque changement d'appareil, quelques lavages sont faits avec du vin généreux. Dès que la plaie est cicatrisée et que le malade peut se lever et marcher un peu, le bas élastique, de toile ou de peau, est remplacé par un bas formé d'une

planche d'ouate épaisse maintenue par un bandage légèrement serré. Ce système de compression est le plus efficace et le moins dur qui puisse être employé. A ce moment il faut commencer des lavages répétés sur tout le membre variqueux avec de l'eau fraîche aiguisée de perchlorure de fer. Si l'état de la cicatrice le permet, il convient même de recouvrir les varices d'une compresse imbibée de cette eau, à la dose d'une cuillerée à bouche de perchlorure liquide, pour un verre d'eau.

Au bout de peu de jours, la peau reprend sa consistance et sa solidité, et les varices elles-mêmes ne tardent pas à diminuer de volume.

Pendant toute la durée de ce traitement local, je fais prendre à l'intérieur, deux cuillerées à bouche par jour d'un sirop ainsi composé :

R.	Sirop des 5 racines, de gentiane ou de quassia.	500 gr.
	Protoïodure de potassium..................	aa 10 gr.
	Teinture de semences de colchique..........	
	Mêlez.	

La composition de ce mélange suffit pour en indiquer l'intention thérapeutique. A. R.

De l'hémorrhagie à la suite de l'opération de la hernie crurale pratiquée à l'époque de la menstruation. — M. Fleury (de Clermont-Ferrand) appelle l'attention de la Société sur un fait qui l'a frappé vivement lorsqu'il l'a observé pour la première fois, mais qu'il aurait peut-être laissé passer inaperçu si un second exemple ne se fût reproduit à quelques années d'intervalle : c'est une hémorrhagie à la suite de l'opération de la hernie crurale étranglée pratiquée chez deux femmes qui étaient à l'époque de la menstruation. Cet écoulement de sang ne lui a paru dépendre ni de la blessure de l'artère épigastrique ni de celle de l'obturatrice.

Une complication de cette nature est assurément un des accidents les plus graves auxquels un malade peut être exposé; et si une chose doit étonner, c'est qu'elle n'arrive pas plus souvent.

L'on sait, en effet, que les anneaux qui donnent passage aux hernies ont des rapports tellement immédiats avec les vaisseaux de ces régions, que leur blessure peut être la conséquence d'un débridement exagéré.

Malgré cela l'hémorrhagie est rare, parce que l'on débride du côté opposé aux vaisseaux, et que les artères, en se déplaçant, jouent aisément au devant de l'instrument tranchant.

Obs. I. — Le 18 octobre 1861, M. Fleury fut appelé dans une petite

ville des environs de Clermont, pour voir une jeune dame qui depuis quelques années avait au pli de l'aine droite une grosseur que l'on avait considérée comme une hernie, puisqu'on lui avàit conseillé de porter un bandage. Mais comme elle n'éprouvait aucune gêne et qu'il la faisait souffrir par la pression qu'exercait la pelote, elle y avait renoncé.

Dans la soirée du 16 octobre, elle apprend une fâcheuse nouvelle immédiatement après son diner. Une indigestion bientôt suivie de vomissements en est la conséquence, et dans les efforts qu'elle fait, la tumeur de l'aine augmente de volume. Bientôt elle ressent à l'épigastre des douleurs et des tiraillements que suivent des nausées et des vomissements.

Une potion calmante est ordonnée; elle fut prise sans succès.

Cette coïncidence de malaise, de nausées, de vomissements et de l'apparition d'une tumeur à l'aine, fit croire à M. Fleury qu'une portion d'intestin était pincée dans l'anneau; mais comme la tumeur était encore molle, peu douloureuse, légèrement fluctuante, le médecin ordinaire de la malade ne crut pas à l'existence d'un étranglement.

Après avoir fait quelques tentatives de taxis qui restèrent sans succès, l'on fit des onctions avec l'extrait de belladone et une vessie remplie d'eau froide fut appliquée. Malgré l'action des réfrigérants, les règles parurent dans la nuit.

Le lendemain, l'état de la malade s'était aggravé; il y avait même eu un vomissement de matières verdâtres, et de temps en temps elle se plaignait de ne pouvoir respirer. Le malaise partait toujours de l'épigastre. La tumeur était plus volumineuse, plus tendue, formée en dedans par une portion rénitente, en dehors par un corps mou. D'un côté était l'intestin, de l'autre l'épiploon, suivant toutes les apparences; l'opération était devenue d'autant plus urgente qu'au sentiment de gêne à l'épigastre se joignaient des douleurs assez vives pour faire pousser des cris à la malade.

Le sac contenait une sérosité citrine; une anse intestinale constituait la plus grande partie de la tumeur; le reste était formé par l'épiploon qui adhérait à l'anneau.

Le débridement n'a pu être fait qu'à travers l'épiploon, mais la réduction n'en a pas moins été facile; seulement, comme l'épiploon adhérait au sac, toutes les parties de cet organe qui faisaient saillie à travers l'anneau furent excisées.

L'écoulement du sang parut être plus abondant qu'à l'ordinaire;

cependant, aucune ligature n'a été faite. Quelques boulettes de charpie ont été placées dans le fond de la plaie, et des compresses d'eau froide appliquées par-dessus.

Immédiatement après l'opération, la douleur épigastrique, qui était si vive, a disparu et la malade n'a plus ressenti que la cuisson de la plaie.

Tout allait donc pour le mieux, lorsqu'au bout de quelques heures on s'est aperçu que les pièces du pansement étaient imbibées de sang.

Le médecin qui soignait habituellement la malade a eu recours, sans succès, à l'eau de Léchelle, au perchlorure de fer étendu d'eau; l'écoulement n'a cédé qu'au perchlorure de fer pur.

En présence d'un pareil fait, qui se produisait pour la première fois, M. Fleury se demanda si la menstruation avait été pour quelque chose dans cette complication: cela lui parut assez probable; car le débridement avait été très simple et l'épiploon est bien peu vasculaire. Les suites de l'opération n'en furent pas moins heureuses pour la malade, qui plus tard a pu porter, sans en être fatiguée, son bandage; car la pelote appuyait auparavant sur la portion d'épiploon qui était irréductible. L'excision qui avait été pratiquée au niveau de l'anneau avait fait disparaître la saillie qui existait à l'extérieur.

Obs. II. — Une fille âgée de 42 ans, douée d'une bonne constitution, et qui a toujours joui d'une excellente santé, s'aperçut, il y a quelques années, qu'elle avait au pli de l'aine gauche une petite tumeur, mais elle n'y a jamais attaché une grande importance; elle ne remarquait même pas si elle rentrait ou sortait du ventre.

Dans la nuit du 8 au 9 août, elle a une indigestion, et, dans un effort qu'elle fait pour vomir, la grosseur sort de l'abdomen en prenant un volume bien plus considérable que celui qu'elle avait eu jusqu'à ce moment, en même temps elle éprouva des coliques très violentes.

M. Fleury, mandé auprès d'elle, ne douta pas que ce ne fût une hernie crurale étranglée; il fit quelques tentatives de taxis qui restèrent infructueuses, et prescrivit des sachets remplis de glace. Sous l'influence de cette médication, les accidents n'augmentent pas; mais la tumeur reste toujours la même; sa tension est telle que l'on craint un étranglement, et l'opération est pratiquée dans la soirée.

La malade dit alors qu'elle a ses règles, mais qu'elles sont sur le point de finir. L'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

donne issue à une quantité de sang plus considérable qu'à l'ordinaire. Les recherches les plus attentives ne font découvrir aucun vaisseau susceptible d'être lié. Le sac es très mince, étroitement appliqué sur l'intestin, qui est d'un rouge violacé.

Un bistouri boutonné lève l'étranglement, ce qui permet d'amener à l'extérieur l'anse intestinale; elle a été fortement serrée par l'anneau, comme l'indique un sillon circulaire.

Le doigt glisse dans l'ouverture, éprouve une légère résistance formée par une bride transversale située à quelques millimètres au-dessus de l'anneau; cette bandelette fibreuse est incisée, la réduction devient alors très facile, et l'anse étranglée flotte librement dans la cavité abdominale.

La plaie fournit un peu plus de sang qu'à l'ordinaire; des boulettes de charpie assez serrées sont introduites dans la plaie, et l'on recommande à la malade d'appuyer les doigts sur le bandage triangulaire qui recouvre l'appareil.

Une heure à peine s'est écoulée lorsqu'une hémorrhagie se déclare; des applications d'eau froide sont inefficaces; on est obligé de lever les pièces du pansement qui sont baignées de sang artériel; le sang sort en nappe des parties profondes; il paraît fourni par les vaisseaux qui se distribuent aux muscles de l'abdomen. M. Fleury glisse entre les lèvres de la plaie de petits tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer, et les personnes qui entourent la malade exercent à tour de rôle une compression légère au pli de l'aine. L'hémorrhagie s'est arrêtée; la guérison a été retardée par cet incident, mais elle n'en a pas moins été heureuse.

Les auteurs qui ont écrit sur les hernies n'ont signalé aucun fait analogue à ceux qui viennent d'être rapportés.

En dehors de l'état menstruel, une hémorrhagie, pendant ou après l'opération d'une hernie, est un accident grave qui exige un traitement énergique. Si la femme se trouve au contraire à l'époque menstruelle, le pronostic devient bien moins sérieux.

Dans le premier cas, il faut songer à la ligature du vaisseau; dans le second, on peut se borner à l'emploi des absorbants ou des cathérétiques aidés d'une compression légère.

Il est donc bien important de connaître l'état dans lequel se trouvent les femmee que l'on opère, car il peut exercer une grande influence sur les indications thérapeutiques.

Cautérisation de la cavité du col de l'utérus dans un cas de leucorrhée avec métrorrhagie; par M. le Dr PHILLIPART (de Roubaix). — M. le Dr COURTY (de Montpellier), dans un travail récent, vient de préconiser les cautérisations actuelles de la cavité cervicale de l'utérus et leur immunité. M. NONAT vient à son tour d'adresser à l'Académie des sciences quelques remarques contradictoires sur cette prétendue immunité.

Je n'ai sans doute pas encore l'expérience de mes deux honorables confrères; j'ai cependant, jusqu'à ce jour, pratiqué un grand nombre de cautérisations actuelles du col de la matrice, et je n'ai jamais, que je sache, eu à déplorer aucun accident, soit primitif, soit secondaire, à la suite de la cautérisation au fer rouge. Comme M. Courty, je crois qu'il faut bien se garder d'agir de cette façon chaque fois qu'il y a existence bien avérée d'un état inflammatoire de l'utérus.

Comme M. Nonat, je crois qu'il y a une contre-indication formelle lorsqu'on se trouve en face d'une phlegmasie péri-utérine. Il y a encore une contre-indication, je crois, mais qu'il n'est pas toujours possible au médecin de reconnaître : c'est un état de grossesse commençante. Je me suis trouvé dans ce cas, qui heureusement n'a eu aucune suite fâcheuse ni pour la mère ni pour l'enfant.

Voici le fait :

Dans le courant d'avril dernier je fus appelé à donner mes soins à Mme X..., qui se plaignait depuis bientôt une année de douleur des lombes, pesanteur au périnée, tiraillement dans le bas-ventre, le tout accompagné d'une leucorrhée abondante.

Depuis quelques mois, elle perd pas mal de sang. Le col de la matrice, mis à nu à l'aide du spéculum, est considérablement hypertrophié, fongueux. Il n'y a ni état inflammatoire de l'utérus ni phlegmasie péri-utérine. Sur ma demande si elle n'est pas enceinte, Mme X... me répond négativement.

Je propose la cautérisation au fer rouge qui est acceptée et faite le lendemain. La malade n'éprouve aucun accident, ni primitif ni secondaire, à la suite de l'opération. L'écoulement du sang cesse entièrement, et avec le repos prescrit Mme X. voit ses douleurs disparaître. Quelques mois après, je suis appelé de nouveau. La malade me dit qu'elle prend de l'embonpoint et qu'elle se croit enceinte; elle croit sentir les mouvements de l'enfant. Je visite la malade. L'état fongueux du col a presque entièrement disparu; le toucher fait reconnaître sans aucun doute un état de plénitude de la matrice; il est facile d'opérer le balottement. La grossesse était évidente. J'avais, par conséquent,

employé la cautérisation de la cavité cervicale de l'utérus lorsque Mme X... était enceinte.

Cette dame est aujourd'hui au dernier terme de sa grossesse. Était-il rationnel de pratiquer la cautérisation au fer rouge du col de la matrice si l'on avait eu connaissance de la grossesse de cette dame? Quoique le résultat fût favorable pour la mère et pour l'enfant, que j'attends chaque jour, je crois que j'aurais bien fait de m'abstenir. Il est cependant probable que cette dame aurait eu un avortement si je n'avais pas pratiqué la cautérisation actuelle. *(L'Association médicale).*

CHRONIQUE.

Nous sommes heureux d'enregistrer un succès obtenu par un de nos honorables confrères de Bordeaux. — La Société de Médecine de notre ville avait proposé, pour sujet d'un prix, la question suivante :

« *Étude critique raisonnée des nombreux travaux publiés sur l'affec-*
» *tion typhoïde, pour arriver à une appréciation plus exacte de sa nature,*
» *de ses causes et de son traitement.* »

« Pour récompenser les beaux travaux qu'elle a reçus et le labeur opiniâtre qu'ils ont coûté, la Société de Médecine a décerné :

» 1° Une médaille d'or grand module à M. Edmond Marx, docteur en médecine à Bordeaux;

» 2° Une médaille d'or de moins grande dimension à M. Mandon, docteur-médecin à Limoges;

» 3° Une mention honorable à M. Ròuzier-Joly, de Clermont (Hérault.) »

Nous citons avec plaisir le jugement de la Commission sur le Mémoire de M. Marx, exprimé dans ce passage du Rapport : « On trouve une telle fermeté, une telle concision dans le détail, un sens pratique si assuré, qu'on pourrait aisément considérer ce travail comme un guide au lit du malade. »

Cette palme académique, qui fait grand honneur à M. Marx au début de sa carrière médicale, est pour nous un motif de vive satisfaction; nous ne pouvons pas oublier que cet honorable confrère a été élève distingué et lauréat de l'École de Médecine de Bordeaux, interne et aide de Clinique médicale à l'hôpital Saint-André. H. G.

— Par arrêté en date du 14 janvier, M. le Dr Paul Dupuy a été nommé professeur adjoint de pathologie interne à l'École de Médecine de Bordeaux.

— *Association générale.* — Dans sa séance du 5 février, la Commission administrative de la *Société centrale* a procédé aux adjonctions suivantes : MM. Baudin, Bossion, Boyer (Léon), Destouches, Forget (Eugène), Gramnaire, Monget, Moreau (Alexis), Rastoul, Riégé, Vaquez.

Association générale. Dans sa séance du 6 janvier, le Conseil général a procédé à l'élection des membres de la commission de surveillance de la Caisse des pensions viagères d'assistance. Ont été nommés : M. Boisviel, avocat au conseil d'Etat et à la cour de cassation; M. Davenne, ancien directeur de l'assistance publique, et M. le Dr Brun, trésorier de la Société centrale.

Un don de la somme de 500 francs vient d'être fait à l'Association générale par Mme Henry de Saint-Arnould, veuve de l'honorable confrère de ce nom, que l'Association a perdu l'année dernière.

Un don de la somme de 100 francs, affecté à la Caisse des pensions viagères d'assistance, a été fait par M. le Dr Durand-Fardel.

— Dans sa dernière séance, la commission administrative de la Société centrale a procédé aux admissions suivantes : MM. Dujardin-Beaumets, Hoefer, Regnault, Solaville, Sonrin, Faivre.

La Société centrale, voulant témoigner de sa sympathie pour la fondation de la Caisse des pensions viagères d'assistance, a décidé qu'un don de la somme de 1,000 francs, pris sur son fonds de réserve, serait fait à cette institution.

— MM. les docteurs Bossion et A. Latour ont fait don, le premier de la somme de 100 fr., et le second de la somme de 200 fr., à la *Caisse des pensions d'assistance.*

MM. les docteurs Teissier, de Lyon, et Diday, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Lyon,* ont fait don, chacun, de la somme de 200 fr. à la *Caisse des pensions viagères d'assistance.*

— La *Société centrale* compte aujourd'hui 682 membres. Du 1er janvier au 31 décembre 1863, cette Société compte 80 membres nouveaux, qui ont payé leur droit d'entrée et leur cotisation annuelle.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(de Janvier 1864).

Par M. A. BARBET.

Dates du mois.	Thermomètre centigrade. Matin.	Midi.	Soir.	Baromètre. Matin.	Soir.	Direction des vents.	État du ciel.	Observations
				millimètr.	millimètr.			
1	9,4	9,7	9	756,6	760,2	Ouest.	Pluie.	Vilaine journée.
2	0	10,8	—3	764,8	769,5	Nord.	Beau.	Vent très fort la nuit.
3	—5	—2	—4	770,5	769	N.-E.	Beau.	Men. de neige au mil. du j.
4	—7	3,5	—6	767,4	766,4	N.-E.	Beau.	Très belle journée.
5	—10	-4	—5,5	766,4	765,9	N.-E.	Beau.	*Idem.*
6	—9	3	1	763,8	762,3	S.-E.	Beau.	*Id.* un peu de brouil. le s.
7	0	4	3	762,8	760,2	S.-E.	Beau.	Jolie journée.
8	3	6,4	6	759,2	758,2	S.-E.	Couv.	
9	6,5	7,5	8,5	757,7	757,2	S.-E.	Couv.	
10	7,5	10,5	8	759,2	761,3	Sud.	Couv.	
11	8,4	11,3	8,5	765,9	764,8	Sud.	Couv.	
12	5	11,5	8	764,3	765,5	Sud.	Beau.	Pluie le soir.
13	7,6	10	8	767,2	766,9	Sud.	Couv.	Pluie la nuit.
14	7	9,5	7,5	766,6	767,4	Sud.	Beau.	Belle journée.
15	2	9	6	769,5	766,7	Sud.	Beau.	*Idem.*
16	2	9,5	8	764,3	765,4	Sud.	Beau.	
17	4	13	9	765,4	763,8	Sud.	Beau.	Très belle journée.
18	7	10	7,5	763,3	765,4	Ouest.	Pluie.	Forte pluie la nuit.
19	6	10	7	767,4	771,5	Sud.	Couv.	
20	4	10,4	6	772	769,5	S.-E.	Beau.	Belle journée.
21	3	12	7	768,9	768,9	Sud.	Beau.	*Idem.*
22	2,5	11	6	769,8	768,8	Sud.	Beau.	*Idem.*
23	6	12	7	769	769,9	S-O.	Beau.	Nuageux.
24	7	13	8	770,3	771,5	S.-E.	Couv.	Un peu de pluie.
25	6	12	5	770,5	770	Est.	Beau.	Brouillard.
26	4	12	7	770	770,5	Sud.	Beau.	*Id.* le matin.
27	7	12	7	770,8	770,7	S-O.	Couv.	
28	7	14,2	8	769,8	767,4	Ouest.	Pluie.	Forte pluie.
29	6	12	5	768,4	771	Nord.	Beau.	
30	2	11	8	771	770,5	N.-E.	Beau.	
31	—1	6,5	4	770	770,2	Est.	Beau.	Très belle journée.

Résumé des Observations météorologiques de Janvier 1864

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	9°4 le 1er.	14°2 le 28.	9° les 1 et 17.
Moindre..............	—10° le 5.	—4° le 5.	5°5 le 5.
Moyen	2° les 15, 16 et 30.	7°5 le 9.	5° les 25 et 29.

Chaleur du milieu du jour : 15 jours de 4° à + 10°; 16 jours de 10°5 à 14°2.

BAROMÈTRE.

Maximum.................. 772 mill. le 20.
Minimum.................. 756,6 mill. le 1.
Medium.................. 764 mill. les 12 et 16.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES. Toutes graduelles.

DIRECTION DES VENTS...... Le vent a soufflé du sud-est...... 6 fois.

sud-est......	6	fois.
sud-ouest....	2	»
nord-ouest..	»	»
nord........	2	»
nord-est.....	4	»
sud........	12	»
ouest........	3	»
est..........	2	»

VENT DOMINANT : le Sud.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux............ 20.
couverts........ 8.
pluie............ 3.
glace............ 4.

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

A part quelques jours d'un froid très vif au commencement de janvier, la température du reste du mois a été assez modérée. Elle a été favorisée par des vents de sud et de sud-est, qui ont été dominants et ont fourni de nombreuses et belles journées. Les pluies ont été peu fréquentes; à deux reprises différentes, il a plu abondamment, mais la durée a été courte. Le baromètre, que l'on a vu très haut le mois dernier, s'est maintenu, en janvier, à peu près à la même hauteur. La colonne a été déprimée à deux fois un peu au-dessous de 760 millimètres, mais elle est remontée tout aussitôt. L'ouragan qui a été signalé sur une partie des côtes Sud-Ouest s'est peu fait sentir à Bordeaux le 1er janvier, sinon par une forte pluie.

Bordeaux. Imp. Gounouilhou, ancien hôtel de l'Archevêché (entrée rue Guiraude, 11).

TRAVAUX ORIGINAUX.

RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE SUR LES TEIGNES

adressé par la Commission de l'Assistance publique de Paris

FAITE AU NOM D'UNE COMMISSION

par M. le docteur GARAT, médecin de l'hospice des Enfants assistés.

A. — *Teigne faveuse.*

OBSERVATIONS GÉNÉRALES.

La Commission administrative des Hospices civils de Bordeaux, désireuse de répondre d'une façon aussi complète que possible à la communication adressée par l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris, a désigné, sous la présidence de M. Gintrac, MM. de Lacaussade, Le Barillier, et Garat, rapporteur, dans le but de faire, dans le département de la Gironde, le travail et les recherches nécessaires au sujet des teignes contagieuses ou vraies.

Le Questionnaire adressé par l'Assistance publique renferme un assez grand nombre de questions auxquelles il sera facile de répondre d'une façon nette et précise; mais il en est plusieurs autres qui demanderaient des recherches historiques ou statistiques longues, variées et difficiles. La solution de quelques-unes est, par leur nature même, quasi-impossible, parce que leurs bases n'auraient pu avoir été établies que par des personnes étrangères à l'art de guérir; elles doivent par conséquent manquer presque nécessairement de précision scientifique.

Aussi, l'exactitude dans nos réponses sera-t-elle en raison à peu près directe du rapport des questions, avec la médecine proprement dite.

Le service des teignes, établi depuis sept ans à l'hospice des Enfants par les soins de la Commission des Hospices de Bordeaux, nous donnera-t-il le droit d'espérer que le département de la Gironde ne sera en retard sur aucun autre dans la prophylaxie et le traitement de ces affections contagieuses?

Questions. | **Réponses.**

1. La teigne faveuse existe-t-elle dans le département de la Gironde?

Sans constituer une affection très répandue, la teigne faveuse existe dans le département de la Gironde.

2. Y a-t-il quelque localité (arrondissement ou canton) où la teigne faveuse se montre plus fréquemment que dans le reste du département? Peut-on donner des tableaux statistiques qui mettent le fait en évidence pour une période de temps embrassant déjà plusieurs années?

On ne peut désigner d'une façon précise une localité où la teigne faveuse se montre plus fréquemment que dans le reste du département, et surtout les données manquent pour nommer spécialement un arrondissement ou canton. On a toutefois constaté d'une façon vague et générale que, dans les communes formant la lisière entre le Médoc et les Landes, la teigne ou les teignes avaient été plus fréquemment observées qu'ailleurs.

Malgré des demandes réitérées et nos propres recherches, nous ne pouvons donner des tableaux statistiques qui mettent ce fait en évidence pour une période de temps embrassant déjà plusieurs années.

3. La teigne faveuse est-elle assez fréquente dans ces localités pour constituer une véritable endémie, ou, au contraire, ne s'y montre-t-elle que par faits isolés?

Dans aucune localité la teigne faveuse n'a été, à notre connaissance, assez fréquente pour constituer une véritable endémie, et elle ne s'y est manifestée que par des cas peu nombreux, ou même par faits isolés.

4. Est-elle plus fréquente chez les gens de la campagne que chez les citadins?

Elle est beaucoup plus fréquente chez les gens de la campagne que chez les citadins. Ce fait, en oppo-

sition apparente avec les idées de contagion, est généralement admis; il est pour nous d'une constatation facile, notamment à l'hospice des Enfants, où, sur 17 garçons actuellement en traitement, 14 sont de la campagne, et sur 16 filles, 13 nous sont venues des localités environnantes.

5. Étant admis que la teigne faveuse est plus commune dans telle ou telle localité du département que dans les autres, les médecins reconnaissent-ils, dans les conditions de climat, de topographie, de culture, de mœurs, d'habitudes, la cause probable ou seulement possible de cette plus grande fréquence?

Les mœurs et les habitudes surtout jouent un rôle très sérieux comme cause de la teigne. L'absence de soins hygiéniques, de propreté habituelle, la difficulté des soins médicaux, amènent presque nécessairement l'aggravation et la propagation de la maladie. Nous pensons que, en ce qui concerne le département de la Gironde, le climat, la topographie et la culture, n'exercent qu'une très médiocre influence, si même ils en produisent une quelconque.

6. Y a-t-il des points du département où la teigne faveuse soit complètement inconnue? L'immunité absolue ou relative existerait-elle particulièrement dans les arrondissements ou cantons limitrophes de la mer?

Nous ne pouvons donner sur cette question une réponse d'une précision absolue; il paraîtrait pourtant que, depuis une période d'environ une dizaine d'années, la teigne ne s'est jamais montrée dans la partie du département appelée pompeusement et faussement *Entre-deux-Mers* (triangle compris entre la Garonne et la Dordogne, ayant leur confluent pour sommet, et pour base une ligne passant entre La Bastide et Libourne).

On en aurait, au contraire, signalé des cas assez nombreux dans des cantons plus rapprochés de la mer. Nous avons en ce moment, en traitement, 5 malades venus de La Teste ou autres lieux voisins du bassin d'Arcachon.

L'immunité, en ce qui concerne notre département, semblerait donc être en sens inverse des prévisions posées par la 6e Question.

7. A-t-on constaté que la teigne faveuse se montrât plus fréquemment et se propageât plus facilement au printemps que dans les autres saisons?

Les Sœurs de Charité, les épileurs chargés du soin des teigneux, prétendent que la teigne faveuse se montre et se propage plus facilement au printemps qu'à d'autres époques de l'année. Ce qui est certain, c'est que les accidents qui accompagnent cette affection sont beaucoup plus fréquents : érythèmes, prurigos, sécrétions séreuses, boutons, adénites, etc., etc.

Ce qui paraît démontré aussi, c'est que les guérisons sont beaucoup plus fréquentes dans le mois de mai que dans tout autre. L'automne exercerait aussi une influence salutaire ; c'est ce que nous avons pu observer en 1862.

Pendant les fortes chaleurs et les froids rigoureux, les accidents généraux seraient plus rares, mais les guérisons beaucoup moins fréquentes.

En admettant ces propositions comme exactes, on les rapproche involontairement de ce qui se passe

dans la guérison des névroses et de l'aliénation mentale.

8. La teigne faveuse est-elle plus fréquente dans un sexe que dans l'autre?

D'après les relevés faits à l'hospice des Enfants dans ces sept dernières années, la teigne serait bien plus fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin : 169 garçons, 235 filles. Mais nous ferons observer que le nombre des filles venant réclamer à l'hospice des soins de toute nature, est sensiblement plus élevé que celui des garçons.

9. Est-ce pendant l'enfance et l'adolescence que la teigne faveuse se montre le plus ordinairement?

C'est pendant l'enfance, en première ligne, et l'adolescence ensuite, que la teigne faveuse se montre presque généralement.

10. Cite-t-on beaucoup de faits dans lesquels la teigne faveuse se soit montrée au tronc et sur les membres?

Nous pensons que les faits dans lesquels la teigne faveuse s'est montrée au tronc et sur les membres sont fort rares; on en a pourtant recueilli 1 cas, à l'hospice, en 1859. L'observation en a été recueillie et le dessin fait par l'interne du service, M. Cuillé. Il n'est pas rare de voir des godets faveux sur le front et sur le col.

11. La contagion de la teigne faveuse est-elle universellement admise?

La contagion de la teigne faveuse est universellement et justement admise, quoiqu'on doive faire observer qu'elle a besoin, le plus souvent, de conditions d'âge et de tempérament pour se propager avec facilité.

12. Quelques médecins admettent-ils encore que la tei-

Répondre nettement à cette question serait soulever, par un côté, le

gne faveuse puisse se développer spontanément et sans importation? Sur quels faits est basée cette manière de voir?

voile de la génération végétale spontanée.

Pourtant, quand on contemple au microscope la multitude infinie de sporules ou germes sur un seul fragment de godet, sur un tube droit ou courbé de Achorion; quand on songe à leur ténuité, à leur légèreté, etc., etc., on ne sent guère le besoin d'admettre des causes latentes, inconnues.

Nous ne saurions dire sur quels faits serait basée la théorie d'un développement spontané et sans importation de la teigne faveuse. Objectera-t-on, dans certains cas, la difficulté de la constatation de la contamination faveuse? Mais en est-il autrement de toutes les contagions généralement admises?

13. A-t-on constaté que certains états diathésiques (la scrofule, la dartre) fussent favorables, soit au développement du parasite importé, soit au développement de la maladie à laquelle viendrait se surajouter le parasite, suivant la théorie encore adoptée par plusieurs auteurs contemporains?

Le plus souvent, des états diathésiques particuliers, et le plus généralement la scrofule, accompagnent la teigne faveuse. Ces conditions favorisent évidemment le développement du parasite importé; à ce point, que l'on a pu penser que le parasite ne venait que se surajouter à une maladie plus profonde dont il ne serait que l'expression.

L'examen de quelques sujets, très bien portants d'ailleurs, ne saurait personnellement nous faire partager cette dernière manière de voir, surtout en ce qui concerne la teigne faveuse.

Dans la teigne tondante, ou le trycophyton tonsurant n'accompagne pas toujours l'herpès circiné, cette théorie pourrait avoir sa valeur; mais je crois qu'elle puise sa principale force d'argumentation dans la ténuité et la difficulté de constatation du parasite lui-même.

14. C'est un préjugé, chez les campagnards, que la guérison de la teigne faveuse peut devenir funeste à la santé. Ce préjugé existe-t-il notamment dans le département de la Gironde?

Le préjugé que la guérison de la teigne faveuse peut être funeste à la santé existe dans le département de la Gironde, mais à l'état de préjugé pur, peu répandu. Il est bien moins à redouter que bien d'autres de même valeur, et ne constitue pas une gêne pour le traitement des malades. Les prétendus dangers de la vaccine sont bien autrement graves, et ont, dans cette dernière année, causé bien d'autres malheurs.

15. Les individus atteints de la teigne faveuse sont-ils traités à domicile par des médecins spécialement chargés de ce service? ou bien sont-ils traités, soit dans des dispensaires, soit dans les hôpitaux généraux, soit encore dans les hôpitaux consacrés au traitement des maladies de peau?

Dans le département de la Gironde, il n'existe point de médecins chargés spécialement du traitement de la teigne à domicile.

L'hôpital Saint-André a, pendant longtemps, admis des teigneux : ils étaient soumis à la direction des Sœurs de saint Vincent de Paul, et traités par l'ancienne méthode de la calotte, et à l'aide de pommades ou de liquides dont la formule était secrète. Nous avons encore à l'hospice des Enfants, une Sœur qui a, pendant trente-cinq ans, employé ce mode de traitement, égal, suivant

elle, aux méthodes aujourd'hui en faveur.

Actuellement, les teigneux du département sont admis à l'hospice des Enfants assistés.

16. Si le traitement a lieu à l'hôpital, se fait-il à la consultation (traitement externe)? ou, au contraire, les malades sont-ils toujours admis à l'hôpital pour y séjourner jusqu'à guérison complète? ou bien, enfin, les deux modes de traitement marchent-ils simultanément? Dans ce dernier cas, le traitement externe est-il abandonné aux empiriques, ou confié aux médecins qui sont chargés de la direction du traitement pour les teigneux de l'hôpital même?

Le traitement se fait à l'hospice dans deux conditions diverses :

Le plus ordinairement, les malades sont admis comme internes, pour séjourner dans la maison, jusqu'à guérison complète.

Traitement interne.

Dans d'autres circonstances moins fréquentes, le malade est conduit à l'hospice tous les jours, ou s'y transporte, et y subit les diverses phases de la médication.

Traitement externe.

La direction du traitement est confiée au médecin de l'hospice, qui a sous ses ordres un personnel composé de deux Sœurs de saint Vincent de Paul (pour garçons et filles), un épileur, deux épileuses, et trois ou quatre enfants de la maison, que l'on dresse au maniement de la pince épilatoire.

Dans le département de la Gironde, le traitement de la teigne n'est plus, en aucun cas, confié aux empiriques.

17. Pour les teigneux admis au traitement externe ou interne de l'hôpital, prend-on soin d'indiquer l'origine, le

A l'hospice des Enfants, on recherche avec soin l'origine de la teigne et son mode de transmission; mais ces recherches sont trop sou-

mode de transmission probable de la teigne?

vent infructueuses, en raison de l'incurie, de l'ignorance et des préjugés des personnes qui accompagnent les enfants pour les faire traiter.

18. A l'hôpital, sépare-t-on complètement les uns des autres les individus atteints de la teigne faveuse, et ceux qui sont atteints de teigne tondante ou de teigne pelade?

A l'hôpital, on ne sépare pas les teigneux les uns des autres. Dans une même salle sont réunis les faveux et les tonsurants (la teigne pelade est très rare chez nous). Il est bien entendu que les sexes sont séparés. Il est bien entendu aussi que tous les malades couchent dans des lits différents.

On a, comme précaution de première nécessité, le plus grand soin de prévenir les malades du danger d'échanger entre eux leurs coiffures, et chacun a, dans ce but, un numéro à son bonnet.

Il paraîtrait que le traitement de la calotte aurait eu cet avantage, d'empêcher la contagion d'une façon presque absolue.

19. Quelle est la méthode de traitement le plus généralement employée? Calotte des frères Mahon? épilation à la pince avec application de solutions parasiticides? ou enfin topiques sans épilation préalable?

La méthode de traitement presque exclusivement employée à l'hospice de Bordeaux est l'épilation à la pince, avec application de solutions parasiticides.

Elle se fait de la manière suivante :

On commence, comme dans la plupart des anciens procédés, par débarrasser la tête des concrétions faveuses et des croûtes d'ectyma et d'impétigo. On emploie pour ce but des cataplasmes émollients, le plus

souvent de farine de lin; on nettoie parfaitement le cuir chevelu avec de l'eau de savon, et on coupe les cheveux en leur laissant 1 ou 2 centimètres de longueur.

Comme pommade préparatoire à l'épilation, nous employons, pendant sept à huit jours, l'huile de cade pure ou associée à d'autres substances, l'huile d'amandes douces, par exemple. Au bout de ce temps, la sensibilité du cuir chevelu émoussée, on procède à l'épilation.

Cette opération doit se faire en plusieurs séances. Il faut enlever les bulbes capillaires au niveau des parties malades et à 3 centimètres au delà de cette étendue. Rarement nous employons l'épilation sur toute la tête.

Pour arracher les cheveux, on se sert de pinces dont les mors sont assez larges, et on les enlève un à un ou par petits pinceaux, suivant leur mode d'implantation et leur finesse relative. Le poil ou les poils doivent toujours être tirés dans le sens de leur implantation; on évite ainsi au patient une douleur inutile, et l'on a bien moins de chance de casser le cheveu.

Puis on lave la tête avec des pommades ou des solutions variées, suivant les circonstances : *eau sulfureuse, eau de sublimé, pommades à l'acétate de cuivre*, etc., etc.

Le plus souvent, une deuxième et parfois une troisième épilation sont nécessaires. Il faut pratiquer cette épilation le plus tôt possible.

Il est inutile de dire que presque invariablement nous joignons au traitement local un traitement général, varié suivant les circonstances, mais le plus souvent composé de bains sulfureux, de purgatifs répétés, de sirop d'iodure de fer, et d'huile de foie de morue, etc., etc.

Ajoutons pour le traitement local que, dans certaines conditions où la maladie est limitée, le cheveu cassant, etc., etc., nous employons, comme révulsifs locaux, les vésicatoires, l'huile de croton, rarement le tartre stibié.

Enfin, pour clore cette réponse, nous ne dirons rien des signes faciles auxquels on reconnaît que la guérison est obtenue, et des moyens indiqués par le bon sens pour empêcher la réapparition de la maladie.

20. Quels sont la durée moyenne et le prix de revient de ces divers modes de traitement continués jusqu'à guérison ?

Nous avons déjà dit que, depuis sept années, l'hospice des Enfants de Bordeaux n'emploie guère qu'un mode de traitement, l'épilation à la pince, avec application de solutions parasiticides. La durée moyenne du traitement a été de quatre mois et demi, pour les six années qui se sont écoulées, depuis le 1er juin 1856 jusqu'au 1er janvier 1862.

Ci-joint le tableau publié par

M. le Dr Le Barillier, médecin de la maison à cette époque.

ANNÉES.	GARÇONS.		FILLES.	
	ADMISSIONS.	GUÉRISONS.	ADMISSIONS.	GUÉRISONS.
1856	15	7	15	9
1857	35	24	39	30
1858	21	31	36	27
1859	28	32	31	41
1850	25	18	37	33
1861	29	25	31	38
TOTAUX...	153	137	189	178

Depuis le 1er janvier 1862 (époque à laquelle le Dr Garat a pris le service) jusqu'au 31 décembre de la même année, la durée moyenne du traitement a été de 4 mois et 15 jours. (Il est bien entendu que, dans cette moyenne, sont confondues les différentes espèces de teignes vraies [faveuse et tonsurante].)

Si l'on n'admettait dans ces moyennes que les malades nouvellement admis, nous aurions à constater de véritables progrès dans la rapidité des guérisons. Ainsi, en ne comptant que les teigneux admis et sortis en 1862, la durée moyenne du traitement a été de 84 jours pour les garçons, et de 74 jours pour les filles; mais en tenant compte, comme nous le devions, des anciens malades restant de 1860 et de 1861, la durée moyenne du traitement a été de 158 jours pour

les garçons, et de 125 jours pour les filles.

Quant au prix de revient du traitement, nous ne pourrions le fixer que pour les malades internes; nous pouvons seulement démontrer qu'une lourde charge incombe presque en entier à l'administration des hospices.

Ce fait résulte du tableau suivant, qu'a bien voulu me fournir M. Marchand, employé des bureaux, à l'hospice.

Dénombrement (par sexe) des enfants payants et non payants admis à l'hospice, comme teigneux, pendant la période décennale de 1853 à 1862 (inclusivement).

Années.	PAYANTS.			GRATUITS.			Total général.
	GARÇONS.	FILLES.	TOTAL.	GARÇONS.	FILLES.	TOTAL.	
1853	»	»	»	16	12	28	28
1854	»	2	2	10	10	22	24
1855	»	1	1	11	11	23	23
1856	»	»	»	12	9	21	21
1857	7	3	10	7	8	15	25
1858	4	5	9	10	14	24	33
1859	7	3	10	13	17	30	40
1860	2	6	8	13	19	32	40
1861	6	9	15	20	13	33	48
1862	5	4	9	13	28	41	50
Totaux.	31	33	64	125	143	268	332

Chaque payant versant à la caisse des hospices une somme de 120 fr., on voit que, pour une période de 10 années et pour 332 teigneux, l'administration n'a touché que 7,680 fr.

On comprend, par ce seul exposé, la longueur et la complication des recherches, pour arriver, même approximativement, au chiffre des dépenses pour l'ensemble des teignes.

21. A-t-on dressé, depuis plusieurs années, des tableaux statistiques qui permettent de suivre la marche de la teigne faveuse dans le département?

Quant à la marche de la teigne faveuse dans le département, il est impossible de présenter des tableaux statistiques ayant quelque exactitude. Nous avons déjà mis sous vos yeux les tableaux de l'hospice, qui offrent le spécimen le plus complet et le plus sûr de la marche de cette affection dans la Gironde.

22. A-t-on fait quelque tentative pour détruire complètement la teigne faveuse? Quelles mesures a-t-on prises? Quels résultats ont-elles donnés?

Depuis de longues années, les Sœurs de saint Vincent de Paul traitaient empiriquement les teigneux, à l'hôpital Saint-André, par la méthode ancienne et quelque peu barbare de la calotte; elles employaient concurremment certaines pommades ou remèdes secrets. Dans maintes circonstances, M. le D[r] Gintrac avait signalé les inconvénients et les dangers de cette manière de procéder, et c'est certainement à son initiative et à une volonté suivie, que les premiers essais d'amélioration furent tentés. Sur un Rapport fait par M. de Bethmann à la Commission des Hospices, le 1[er] février 1855, on adopta, pour les teigneux, le traitement qui donnait déjà des résultats remarquables à M. Bazin.

Après avoir pris les conseils de cet habile praticien, on fit venir de l'hôpital Saint-Louis une épileuse à gages, et l'on se servit des diverses solutions parasiticides usuelles. M. le Dr de Lacaussade organisa le premier le service médical; mais il ne resta que quelques mois à l'hospice, et ne put constater que les premiers résultats du nouveau traitement.

Les conséquences satisfaisantes de ce mode de procéder se firent bientôt sentir, et une circulaire de M. le Préfet de la Gironde, du 26 juillet 1857, vint engager les maires des différentes communes à adresser leurs malades teigneux à l'hospice, où ils seraient admis pour la somme de 120 fr. La moitié de cette somme serait seule à la charge de la commune, et l'hospice se chargeait des malades jusqu'à guérison complète.

Ces mesures n'ont pas donné tous les fruits qu'on en pouvait attendre, mais elles ont certainement produit des résultats remarquables. La longueur moyenne du traitement a diminué, et elle montre une tendance à diminuer encore.

Pourtant, malgré la facilité des admissions et malgré les guérisons obtenues, le nombre des malades reçus semblerait à peine augmenter. Serait-ce nous faire illusion que de penser que le nombre des mala-

des diminue dans le département de la Gironde?

23. Peut-on fournir un tableau statistique qui fasse connaître pour chaque année, depuis que la conscription existe, le nombre des individus exempts du service militaire pour cause de teigne faveuse?

M. le Dr Jeannel a bien voulu répondre à cette question par la note suivante qu'il nous a adressée :

« La teigne figure parmi les maladies qui peuvent déterminer la réforme des jeunes soldats devant les conseils de révision; mais les relevés des causes de réforme ne sont pas à la disposition du public. Lorsqu'un soldat en activité de service se trouve atteint accidentellement de teigne, les médecins des hôpitaux essaient de le guérir. S'ils n'y réussissent pas, ils le proposent pour la réforme; mais ce fait ne s'est pas présenté à Bordeaux depuis très longtemps. Il est donc impossible de fournir aucun tableau statistique sur ce sujet. »

24. La teigne faveuse est à Paris une cause d'exclusion des écoles communales et des colléges. En est-il de même dans le département de la Gironde, et peut-on indiquer l'époque à laquelle remontent les premières mesures prises à ce sujet dans le département?

Dans le département de la Gironde, ou du moins à Bordeaux, la teigne est une cause d'exclusion des écoles communales et des colléges; mais le fait d'exclusion pour ce motif paraît être d'une extrême rareté, notamment pour le Lycée de Bordeaux, où, pendant une période de dix années, un seul enfant, du département des Landes, a été refusé pour cause de teigne, et un jeune Russe, déjà admis au Lycée, fut renvoyé à sa famille pour le même motif.

Les autres établissements ou ins-

titutions n'ont pu ou voulu nous offrir aucun renseignement.

Nous ne saurions dire, non plus, si des mesures préfectorales ont été prises à ce sujet; ce qui est certain, c'est que, si elles existent, c'est à l'état de lettre morte.

25. Il est vraisemblable que, dans le Moyen Age et à des époques plus rapprochées de nous, les léproseries ou maladreries ont dû recevoir, sous le nom de *lépreux,* des teigneux aussi bien que des dartreux; existait-il quelqu'un de ces établissements dans la province à laquelle appartient le département de la Gironde? Pourrait-on trouver, dans les archives de la capitale de cette ancienne province, des documents qui permissent de constater la nature des maladies variées, désignées sous le nom commun de *lèpre,* et condamnant à l'isolement ceux qui en étaient atteints? Pourrait-on joindre à ces documents quelques renseignements sur le règlement intérieur des maladreries? A-t-on connaissance d'ordonnances canoniques interdisant les ordres aux teigneux?

Il est en effet très probable que, dans le Moyen Age, et même à des époques plus rapprochées de nous, les léproseries ont dû recevoir, sous le nom de *lépreux,* des teigneux aussi bien que des dartreux; nous ajouterions volontiers des galeux.

Cassiodore, écrivain latin du VI[e] siècle, compte jusqu'à six sortes de lèpres parmi les juifs :

« *Primam capitis et barbæ, secundam calvitii et recalvationis,* etc., etc. »

Un écrivain moderne, M. Joseph Garnier, voit dans la lèpre du Moyen Age une combinaison de diverses affections psoriques avec les honteuses maladies, fruits de la débauche romaine.

Et plus loin, dit-il : « Dans certains cas, les cheveux et les sourcils se dépilaient, et le front, tuméfié, formait divers plis s'étendant d'une tempe à l'autre. »

Dans un autre passage :

« Les cheveux agrélis et appetissés ne pouvaient être arrachés qu'avec un peu de la chair pourrie qui les avait nourris. »

On peut répondre d'une manière affirmative à cette question : Existait-il quelqu'un de ces établissements (léproseries, maladreries) dans la province à laquelle appartient le département de la Gironde?

Dans ses études archéologiques, M. l'abbé Pardiac nous rappelle qu'à la suite des Croisades, l'Europe se crouvrit de léproseries. Mathieu Plans affirme que l'on ne créa pas moins de 20,000 de ces hôpitaux dans toute la chrétienté.

La France, au XIII[e] siècle, en comptait 800, ainsi que le prouve le testament de saint Louis, écrit en 1269, par lequel 800 léproseries recueillirent, dans la succession royale, un legs de 2,000 livres tournois, etc.

En Guienne, le Médoc en possédait plusieurs, une entre autres à Grayon. L'abbaye de la Grande-Sauve en avait établi plusieurs dans ses dépendances, entre autres à Roucy. Il en existait une près de La Réole, au lieu de Plautat, sur les confins et au levant de la commune. Moustey, dans les Landes, avait une léproserie. A Agen, on bâtit, en 1120, une maladrerie près la porte du Pin, en dehors de la ville.

A Montferrand, on remarque encore une construction lourde et basse, percée d'arcades cintrées, précieux vestige de la léproserie d'Erlet,

une des plus fameuses de la province.

Ambroise Paré range parmi les lépreux les caqueux ou caquins, gabets ou gahets. (Le fait est qu'ils étaient soumis à des ordonnances particulières, qui se rapprochaient singulièrement des mesures d'isolement prises à l'égard des lépreux.)

Il y a un demi-siècle, un des faubourgs de Bordeaux portait encore le nom de *Gahets;* il est situé entre les faubourgs de Sainte-Eulalie et de Saint-Julien.

Les gahets formaient à Bordeaux une colonie particulière : ils vivaient en communauté, séparés des autres habitants par des règlements de police; ils ne pouvaient sortir, sans porter sur eux, ostensiblement, une marque de drap rouge.

Autrefois, Bordeaux avait une église dédiée à saint Lazare (le patron des lépreux), sur la paroisse Saint-Seurin.

Nous ne sommes point en mesure de donner des renseignements sur le règlement intérieur des maladreries; nous pensons même que les recherches à ce sujet seraient hérissées de difficultés.

En effet, la précaution par excellence qui semble avoir été prise, c'était d'isoler, aussi complètement que possible, les lépreux des autres hommes; aussi pourrait-on donner de très longs détails sur les mesures prises dans ce sens.

Dès qu'il entendait le pas d'un être humain, le lépreux devait agiter sa cliquette ou sa crécelle, afin qu'on se détournât de son chemin : *Contaminatum ac sordidum se clamabit.* L'infortuné ne pouvait boire qu'à des vaisseaux ou vases qui lui appartinssent. Il ne pouvait puiser aux fontaines qu'avec une coupe spéciale nommée *madre,* etc., etc.

In Aquitaniâ, tantum est convicium appellare aliquem leprosum ut mulierem adulteram, etc., etc.

Nous lisons seulement, dans l'ouvrage de M. Pardiac, qu'en 1179 le Concile de Latran s'exprimait ainsi dans son 25e canon :

« Partout où les lépreux seront en assez grand nombre, vivant en commun, pour avoir une église, un cimetière et un prêtre particulier, on ne fera aucune difficulté de leur permettre, et ils seront exempts de donner la dîme des fruits de leurs jardins et des bestiaux qui les nourrissent. »

En ce qui concerne les ordonnances canoniques interdisant les ordres aux teigneux, nous avons interrogé plusieurs prêtres fort instruits, et aucun n'a connaissance d'ordonnances sur cette matière. M. l'abbé Pardiac a bien voulu faire à ce sujet quelques recherches; leur conclusion est celle-ci : La teigne étant considérée comme affection curable, n'est pas signalée comme interdisant nécessairement les saints ordres.

26. Les médecins vétérinaires ont-ils observé, sur un animal quelconque, le parasite de la teigne faveuse, ou un parasite analogue, que la nature différente de l'humus aurait pu modifier?

M. Dupont, médecin vétérinaire, a bien voulu se charger de faire, pour nous, les recherches à ce sujet; voici sa réponse : « Non. On ne trouve aucun vestige d'observation de ce genre dans les annales scientifiques. »

27. A-t-on observé quelques faits qui autorisent à penser que, parfois, les spores du parasite de la teigne faveuse peuvent être transportés et inoculés à l'homme par un insecte?

Les différents médecins vétérinaires que nous avons interrogés n'ont pu nous donner aucune observation, aucun fait sur cette question aussi délicate que difficile.

B. — *Teigne tondante.*

Il nous a été impossible de répondre aux diverses questions générales qui nous ont été adressées sur la teigne faveuse sans la confondre, le plus souvent, avec la teigne tonsurante.

Nous avons déjà donné les raisons de cette confusion presque inévitable et prévue par le Questionnaire de l'assistance publique.

Le Questionnaire rédigé pour la teigne faveuse peut en grande partie s'appliquer à la teigne tondante, qui soulève en effet des questions de même ordre; il y a cependant quelques modifications à y introduire.

Ainsi, à la Question 10ᵉ, posée pour la teigne faveuse, il convient de substituer celle-ci :

10. A-t-on signalé souvent la coïncidence de la teigne tondante (tricophyton du cuir chevelu) avec l'herpès circiné (tricophyton du tronc et des membres) et la mentagre (tricophyton de la barbe)?

Quant à la 10ᵉ Question concernant la tonsurante, nous avons observé, dans une circonstance, la coïncidence de la teigne tondante, avec l'herpès circiné du tronc, chez un jeune garçon de onze ans, ac-

tuellement guéri et sorti de l'hospice. Nous ne l'avons jamais observée sur les membres. Nous ne connaissons non plus d'exemples bien probants de tricophyton de la barbe, coïncidant avec le tricophyton du cuir chevelu, quoique nous ayons le souvenir vague d'observations de ce genre.

25. Cette question paraît peu applicable à la teigne tondante. Enfin, il faut ajouter cette autre question :

La réponse nous semble, en effet, ne devoir point s'appliquer à cette forme de teigne.

28. Les registres d'inscription aux écoles publiques (élèves externes), et les cahiers d'infirmerie des colléges (élèves internes), indiquent-ils, depuis plusieurs années, un nombre croissant d'exclusions des écoles, ou d'admissions au traitement à l'infirmerie dans les colléges pour cause de teigne tondante? Ce nombre, au contraire, est-il resté stationnaire ou même a-t-il été décroissant?

Nous avons déjà dit que les colléges ou institutions ne contenaient rien sur leurs registres d'inscription au sujet des teignes, de quelque nature qu'elles fussent.

C. — *Teigne pelade.*

Cette affection est beaucoup plus rare que les deux précédentes, et on peut prévoir que, pour ce qui la concerne, la plupart des questions resteront sans réponse. Mais l'une de celles sur lesquelles il serait le plus important d'être bien renseigné est la 28ᵉ, ajoutée au Questionnaire de la teigne tondante (voir ci-dessus).

Une dernière question serait intéressante à élucider pour la teigne pelade.

	Je crois que l'on peut répondre affirmativement à cette dernière question.
29. A-t-on constaté souvent, chez l'adulte, la coïncidence de la teigne pelade et de la syphilis constitutionnelle?	J'ai le souvenir assez net d'un étudiant en droit atteint de porrigo decalvans et de syphilis constitutionnelle. Le malade guérit fort bien de cette double affection, mais mourut plus tard phthisique.

DU CHLOROFORME, DES ACCIDENTS QU'IL PRODUIT, ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER;

par M. LABAT,

chirurgien adjoint des hôpitaux, professeur suppléant à l'École de Médecine, ex-chef interne de l'hôpital Saint-André.

Suite et fin [1].

Beaucoup d'observateurs ont conseillé tel ou tel moyen, suivant qu'il leur avait réussi dans telle circonstance. Mais, il faut le dire, la plupart des observations fournies manquent de détail, et, le plus souvent, on peut reconnaître que l'accident n'avait pas la gravité que lui attribue le narrateur. Il existe très peu d'exemples d'individus chez lesquels la respition a été complètement supprimée, ainsi que la circulation, et qui aient été ramenés à la vie. Cependant, je vois que M. Rigaud, de Strasbourg, a pu réveiller la vie deux minutes après qu'elle paraissait éteinte : il s'agissait d'une femme atteinte d'une tumeur du sein. On lui fait respirer du chloroforme; après quelques minutes, on s'aperçoit que respira-

[1] Voir le numéro de février, page 49.

tion, circulation, tout a cessé; on suspend les inhalations, on fait des aspersions d'eau, des frictions énergiques pendant deux minutes; on obtient quelques faibles mouvements du cœur, mais qui s'arrêtent bien vite. Le chirurgien introduit alors son doigt dans la bouche pour aller relever l'épiglotte. Aussitôt une aspiration se fait; mais M. Rigaud ayant retiré son doigt pour faire respirer de l'ammoniaque, la respiration s'arrête de nouveau; il fallut encore attirer la langue en avant et la maintenir un moment pour que tout rentrât dans l'ordre.

Ce fait de M. Rigaud porte avec soi un enseignement immense; d'abord il prouve quelle importance il faut attacher à ce retrait de la langue dans le pharynx, et il fait voir combien cette cause d'asphyxie peut passer aisément inaperçue, puisqu'il lui a fallu deux minutes pour s'en apercevoir, et encore n'est-ce que par hasard qu'il en est arrivé là.

M. Bikersteth (de Glascow) cite quatre faits, dans lesquels tous les signes de la mort ont été conjurés par la respiration artificielle. La troisième et la quatrième observation sont surtout remarquables, parce que la respiration artificielle seule fut insuffisante, et qu'il fallut en venir à attirer la langue en avant. Dans le quatrième fait, il prit ce parti assez vite; mais dans le troisième il avait déjà essayé d'autres moyens pendant plusieurs minutes. « Je désespérais, dit-il, je croyais que nulle puissance humaine ne rappellerait le malade à la vie, et si les personnes qui étaient près de moi ne m'avaient pas pressé de continuer, j'aurais renoncé à toute tentative, croyant qu'il n'y avait plus d'espoir. Il m'arriva alors d'introduire mon doigt dans la bouche et de presser la base de la langue pour m'assurer que rien ne faisait obstacle à l'entrée de l'air; je maintins mes doigts dans cette position pendant qu'on continuait à faire respirer artificiellement le malade. Au bout d'une minute à une minute et demie, l'aide qui tenait le pouls

commença à le sentir d'une façon imperceptible; puis, petit à petit, il devint plus ample; puis des aspirations spontanées se produisirent. » Enfin, le malade revint à la vie. C'est à ce sujet que M. Bikersteth fit ses expériences sur les animaux, expériences qui confirmèrent pleinement ce que la clinique lui avait déjà appris.

M. Langenbeck chloroformait un homme de cinquante-huit ans, tout d'un coup, respiration et circulation s'arrêtent : il essaie la respiration artificielle, l'insufflation par la bouche; rien ne réussit. Il pratique la trachéotomie pour faire une insufflation plus directe; ce n'est qu'alors que le pouls revient, puis la respiration, et ce n'est qu'une heure et demie après que la sensibilité fut suffisamment rétablie, pour que le malade éprouvât le besoin d'expulser les crachats qui encombraient sa trachée.

M. Snow a fait sur le chat des expériences qui prouvent, comme les faits précédents, l'importance de la respiration dans les accidents chloroformiques. Il avait placé une canule dans la trachée d'un chat; il lui faisait respirer un mélange d'air et de chloroforme, jusqu'à ce que la respiration et les battements du cœur fussent arrêtés. Alors il insufflait de l'air pur, et les battements du cœur reparaissaient, puis enfin la respiration redevenait spontanée. Il faut agir rapidement dans la minute qui suit la cessation des battements du cœur; la respiration normale met trois minutes à revenir. C'est le même observateur qui, pour prouver l'importance de l'air dans les inhalations de chloroforme, a fait voir que 5 0/0 de chloroforme mêlé à l'air suffisent pour anesthésier un animal, et que 9 à 10 0/0 le tuent avec une grande rapidité. Enfin, bien avant, M. Plouviez (de Lille) avait fait des expériences pour prouver l'efficacité des insufflations d'air. Il avait vu qu'il fallait quelquefois les prolonger quatre ou cinq minutes pour obtenir le résultat désiré.

La cautérisation ammoniacale du pharynx, que M. J. Guérin s'est donné tant de mal à préconiser, ne me semble pas agir différemment que n'agissait M. Rigaud en attirant la langue. C'est effectivement la première chose que l'on fait, quand on veut cautériser le pharynx. Peut-être aussi si la sensibilité n'est pas tout à fait éteinte, ce moyen peut-il donner un peu de tonicité à la région et faire expulser quelques mucosités encombrantes; mais je doute qu'à lui seul il eût sauvé les malades de M. Rigaud et de M. Langenbeck ou de M. Bikersteth.

Par quel mécanisme le chloroforme entraîne-t-il donc la mort?

L'asphyxie, — la syncope, — la paralysie du cœur (ce qui est à peu près la même chose), — l'empoisonnement nerveux analogue à l'empoisonnement par une autre substance toxique, l'introduction de l'air dans les veines, telles sont les opinions diverses qui tour à tour ont été soutenues. Examinons-les successivement, et voyons ce qu'il y a de plus probable.

Les autopsies cadavériques que révèlent-elles?

Congestion plus ou moins considérable des poumons, engorgement de l'appareil veineux abdominal, cœur flasque; quelquefois bulles gazeuses dans les sinus de la dure-mère, couleur du sang le plus souvent notée comme semblable dans les veines et les artères (ce dernier appareil en contenant beaucoup moins que le premier), tels sont les détails révélés par les nécropsies.

Il est évidemment impossible, par ces seules données et sans chercher le chloroforme dans le sang, de caractériser anatomiquement la mort par cet agent. Il faut donc faire intervenir les symptômes, si l'on veut arriver à une conclusion.

On a objecté à ceux qui ne voyaient que l'asphyxie que les recherches nécroscopiques ne confirmaient qu'incomplète-

ment leur dire; que les poumons, le plus souvent, n'étaient que peu gorgés de sang et ne l'étaient pas davantage qu'ils ne le sont chez la plupart des sujets morts différemment. Il y a une réponse bien simple et que je m'étonne de ne trouver nulle part : c'est que l'asphyxie ne se fait pas ici par le procédé ordinaire. Il y a bien obstacle à l'entrée du canal trachéal, quand il y a chute de la langue ; mais il n'y a pas en même temps appel énergique du côté de la poitrine. Les muscles inspirateurs, aux trois quarts anesthésiés, ne dilatent que très faiblement la poitrine, et ceux qui ont suivi attentivement la marche de la respiration chez les anesthésiés ont vu que l'amplitude respiratoire va en diminuant. M. Bikersteth a fait voir que les mouvements du diaphragme vont sans cesse en diminuant, et qu'ils s'arrêtent toujours complètement avant ceux du cœur. Joignez à ceci que, lorsque la contraction de ce muscle est très affaiblie, les gaz intestinaux ont une action directe sur lui et le refoulent du côté du thorax. Aussi voyons-nous dans les nécropsies où le niveau auquel il atteignait est constaté, le voyons-nous remonter jusqu'à la quatrième côte à gauche et la troisième à droite (femme 40 ans, University collége, service de M. Quain); les poumons sont refoulés en haut par le foie jusqu'à l'espace qui sépare la troisième de la quatrième côte (femme Walter Badger, fait de M. Robinson).

Si, d'un côté, le canal de la respiration est obstrué; si, d'un autre, le vide n'est pas fait ou ne s'est fait qu'avec très peu de puissance dans l'organe de la respiration, il n'y aura que peu de tendance à l'afflux des liquides dans cet organe; aussi la congestion cadavérique sera-t-elle peu intense.

L'asphyxie serait-elle produite, comme le voulait Amussat et Blandin, par une action spéciale du chloroforme sur le sang, action qui rendrait le sang veineux momentanément inapte à subir l'hématose, inapte à subir l'influence de l'oxygène hu-

mide, comme cela arrive pour les viandes que l'on conserve dans le chloroforme? Je ne saurais faire une réponse catégoriquement affirmative; je dirai simplement ceci : c'est que le chloroforme est toxique, puisque, injecté sous la peau, il tue au bout de cinq ou six heures comme l'a vu M. Guérin; c'est que les inhalations prolongées amènent une diminution de la chaleur animale, et que, lorsqu'elles ont été suffisamment prolongées, elles ont pu amener une diminution de température de plusieurs degrés (Duméril et Demarquay); c'est que le sang artériel qui s'écoule de la plaie d'un sujet chloroformé, quoique différent du sang veineux du même sujet, est cependant notablement moins rouge qu'à l'état normal, quoique l'on ait pu dire en opposition à Amussat, et cela quand même la chloroformation a été bien conduite; je n'en veux pour preuve que l'exclamation usuelle de tous les aides compresseurs d'artère dans les amputations, lorsque le sang s'écoule en abondance et en nappe par la plaie : « C'est du sang *veineux!* » Ce n'est qu'au bout d'un moment que la coloration devient *tranchée*.

Enfin, cette opinion est encore corroborée par ce fait : c'est que toutes les fois que, par une cause quelconque, l'oxygénation du sang est empêchée, l'anesthésie en devient la conséquence, témoin l'anesthésie de la période ultime du croup. MM. Preissier et Pillore ont anesthésié des chiens en leur faisant respirer de l'azote. Si donc le chloroforme peut avoir une action toxique, rien n'empêche de supposer que c'est par son action sur le sang; et puisqu'il amène une diminution de chaleur, c'est que probablement le foyer de la calorification fonctionne mal. Mais, s'il en est ainsi, c'est une raison de plus pour faire que l'aliment forcé de toute chaleur ne fasse à aucun moment défaut et puisse toujours arriver en abondance dans le foyer.

Existe-t-il des observations permettant d'affirmer que,

dans quelques cas, l'action du chloroforme se soit d'abord manifestée sur le cœur, en supprimant brusquement l'action de cet organe, soit par une impression directe, soit par une impression sur la partie des centres nerveux qui préside aux fonctions de cet organe sans que celle qui préside à la respiration ait été atteinte à l'avance? Je ne puis me résoudre à le croire; j'ai très peu de tendance à admettre les exceptions; je vois des susceptibilités variables d'individu à individu, je ne vois pas de modifications fonctionnelles différentes chez des individus de même espèce placés dans les mêmes conditions. Dans quelques cas, et ceci est très facile à produire chez les animaux, on a vu le cœur et la respiration s'arrêter en même temps; ceci ne prouve qu'une chose : c'est que l'action a été excessivement prompte, tellement prompte, que la succession des phénomènes a passé inaperçue; et ici on ne peut pas arguer que c'est au bout de dix, douze minutes d'inhalation que, tout d'un coup, le fait s'est produit, parce que rien n'est plus facile que de mettre, tout d'un coup, dans l'air que le malade respire quelque 15 0/0 de vapeur de chloroforme. Il suffit pour cela d'un peu d'inattention de l'aide chargé de l'administrer, aide qui quelquefois sera plus préoccupé de ce que fait le chirurgien que de ce qu'il a à faire lui-même. Or, on sait que 10 0/0 de vapeur de chloroforme dans l'air suffisent pour tuer très promptement un animal.

Je puis aussi, pour quelques cas, invoquer avec M. Bikersteth la mort par syncope produite par l'opération elle-même. J'ai rapporté un exemple où un pareil malheur serait certainement arrivé sans la promptitude avec laquelle le chirurgien y a porté remède. J'ai vu depuis quelques faits analogues, et, d'ailleurs, cette opinion trouverait une sanction dans cette remarque déjà faite par M. Stanski, que beaucoup de cas de mort sont survenus chez des sujets assis; et par cette observation de M. Bikersteth, qui a vu trois fois le pouls

s'arrêter pendant quelques secondes au moment où le couteau pénétrait dans les chairs. Enfin, dans le cas où la pâleur de la face n'a pas été signalée, où cependant l'anxiété s'est peinte sur les traits, où le malade a pu s'écrier : j'étouffe ! en faisant un geste expressif comme pour sortir un poids de dessus sa poitrine, cette action probable du chloroforme sur le sang, action qui le rendrait impropre à subir. l'oxygénation, pourrait être invoquée; mais ces modalités de la mort ne se rencontreront jamais que d'une façon exceptionnelle, tandis que les malades périssent le plus souvent comme les enfants nouveau-nés qui meurent asphyxiés sans cependant présenter les symptômes ordinaires de l'asphyxie. Il n'y a point d'accoucheur qui n'aie vu des enfants chez lesquels une diminution progressive des battements du cœur allant successivement jusqu'à l'annihilation, s'accompagnant de mouvements de respiration presque convulsifs, qui se renouvelent à des intervalles assez longs mais sans amener l'introduction de l'air dans le larynx, précisément parce que la glotte est bouchée et que l'absence complète de tonicité de la langue fait que cet organe est attiré sur la glotte et l'obstrue. Pour ma part, j'ai vu cela; j'ai vu ces mouvements impuissants et convulsifs se répéter pendant plusieurs minutes jusqu'à ce que l'enfant soit définitivement mort; je l'ai vu, mais j'espère ne jamais le revoir, parce que je sais qu'il faut attirer la langue au-dehors et la maintenir jusqu'à ce qu'un de ces mouvements convulsifs d'inspiration se fasse sentir; et si, enfin, ceux-ci tardaient à se produire, insuffler de l'air dans les poumons à l'aide du tube laryngien, ce *vade mecum* de l'accoucheur, plus indispensable à ce dernier que ne l'était la lancette aux médecins d'il y a quelques trente ans. Dans une observation de mort par le chloroforme, arrivée entre les mains de M. Bowman, chirurgien du King's collége hospital et du Royal London

ophtalmie hospital, cet état particulier de la respiration impuissante est très nettement indiqué. Malheureusement on se contenta de l'insufflation bouche à bouche.

Dans l'asphyxie des nouveau-nés comme dans l'asphyxie chloroformique, on réussit quelquefois par des moyens empiriques, tels que les stimulations de la peau par l'air frais, l'eau froide, les succussions, l'insufflation brusque d'air dans la bouche, etc. Tous ces moyens peuvent avoir eu et auront leur utilité dans les cas légers, mais tous, n'arrivant au but que par une voie détournée, ne peuvent donner de sécurité, lorsqu'il s'agit d'obtenir un effet immédiat que la gravité de la situation commande d'atteindre sans retard. Je vais même plus loin, et je ne serais pas éloigné de considérer l'insufflation bouche à bouche comme un moyen nuisible. En effet, on ne peut ainsi qu'insuffler de l'air dans l'œsophage et dans l'estomac, ce qui dilate cet organe, refoule le diaphragme en haut et gêne d'autant l'introduction de l'air dans les poumons. C'est ce qui est arrivé dans quelques cas où ce moyen a été mis en usage, comme dans celui de M. Marjolin. C'est, du reste, le seul cas que je connaisse dans lequel le tube laryngien ait été employé : il est dit dans l'observation que l'introduction fut rendue difficile à cause de l'abaissement de l'épiglotte, ce qui me donne fort à penser que les trois inspirations que l'enfant est déclaré avoir faites après la cessation du pouls, n'étaient que de fausses inspirations, des mouvements de dilatation du thorax analogues à ceux que font les nouveau-nés, sans pour cela respirer. D'ailleurs, cette introduction du tube laryngien n'eut lieu qu'à la fin, lorsqu'on eut employé une série d'autres moyens; aussi son insuccès ne serait pas un argument.

Les pressions cadencées du thorax de façon à faire un certain vide qui, lorsque les côtes sont abandonnées à leur élasticité naturelle tend à se combler par l'introduction de

l'air, sont un assez bon moyen ; mais, pour que cela réussisse, il ne faut pas que l'épiglotte soit abaissée ; il faut donc avoir soin de la relever en appuyant la base de la langue contre l'arcade dentaire avec le doigt, ou mieux avec le dos d'une fourchette. Il ne suffit pas toujours de tirer la langue hors de la bouche, car on n'arrive pas toujours ainsi à soulever l'épiglotte.

Il existe très peu d'observations de mort par le chloroforme dans lesquelles les précautions dont je viens de parler aient été prises, et où ce procédé de respiration artificielle ait été employé avec les précautions qui le rendent profitable. Le plus souvent on se contente de dire qu'on a pratiqué la respiration artificielle ; souvent ce n'est même qu'après avoir employé beaucoup d'autres moyens. Dans les trois ou quatre cas où la respiration artificielle a été employée dès le début des accidents, et où l'on spécifie le procédé, deux fois les chirurgiens se sont trop vite rassurés et ont cru quelques inspirations spontanées suffisantes pour impliquer le retour à la vie, tandis que les expériences de M. Plouviez (de Lille), les observations de M. Depaul, dans un autre ordre de choses, prouvent qu'il faut continuer un certain temps. Le fait de M. Langenbeck prouve que ce peut n'être que longtemps après que la sensibilité revienne suffisante pour maintenir le jeu normal de la respiration, à l'aide de cette propriété qu'on désigne sous le nom d'*action reflexe*.

Dans un de ces faits (arrivé au Guy's Hospital, service de M. Birkett) qui est peut-être le cas mortel dans lequel la respiration artificielle sans tube, en attirant la langue et en comprimant la poitrine, a été employée avec le plus de promptitude, dans ce cas, dis-je, ce qui prouve le défaut de la manœuvre, c'est que c'est précisément une des observations dans laquelle la congestion des poumons est le plus nettement accusée par la nécropsie. D'autres fois, il est dit

que l'on a employé le procédé de respiration artificielle de Marshall-Hall. C'est un procédé qui consiste à coucher le sujet sur le ventre et sur le dos alternativement pendant l'inspiration et l'expiration. Il ne faut pas grande attention pour s'apercevoir de suite qu'ainsi on comprime la poitrine au moment même où on devrait la dilater, et que l'avantage de mettre la langue pendante pendant l'inspiration n'est pas suffisant pour compenser les inconvénients d'une manœuvre qui, d'ailleurs, me paraît nécessiter un chirurgien de la taille et de la force d'un Lisfranc, avantage physique qui n'est pas accordé à tout le monde.

Cette méthode, déjà condamnée par M. Maurice Perrin et Ludger Lallemand, me paraît, à moi aussi, une très mauvaise méthode, et je crois que l'on doit s'en tenir à ce que je disais plus haut : c'est à dire compression méthodique du thorax, en appuyant sur la base de la langue, de façon à la porter contre l'arcade du maxillaire, et immédiatement, si ce moyen est insuffisant, introduire un tube laryngien dans le larynx pour faire l'insufflation artificielle des poumons. L'argument que l'on voudrait tirer de la difficulté de cette petite opération, n'est pas un argument sérieux; avec de l'exercice, on arrivera toujours à faire assez vite.

Le premier cas de mort par le chloroforme, survenu en France, a été le point de départ d'une théorie de la mort qui a pu paraître spécieuse au premier abord, mais qui ne serait guère soutenue aujourd'hui par ceux-là même qui s'en étaient faits les défenseurs : je veux parler de l'idée de l'introduction de l'air dans les veines par l'intermédiaire de communications normales ou anormales résultant d'un emphysème entre les bronches et les vaisseaux pulmonaires. — Il y avait des gaz dans les sinus veineux de la dure-mère de Maria Stock (fait de Boulogne). On en a conclu que ces gaz étaient de l'air introduit par la respiration, chose qu'on

expliquait d'autant mieux que, dans ce cas, on avait trouvé un peu d'emphysème pulmonaire; et plus tard, dans des expériences pour savoir à quoi pouvait être due la mort par le chloroforme, M. Gosselin a vu qu'il suffisait d'un peu d'agitation chez les animaux soumis à l'expérience pour qu'ils présentassent le résultat cadavérique sus-énoncé, soit qu'ils aient ou qu'ils n'aient pas respiré du chloroforme. Aussi, cet observateur s'est-il bien gardé de tirer de ses expériences les conclusions que d'autres en ont déduites. Or, quant au gaz trouvé dans les veines, il suffit d'avoir fait un certain nombre de nécropsies pour savoir combien ce fait est commun en dehors de toute action chloroformique. Là, ce procédé me semble donc insoutenable.

Reste donc : 1° la mort par syncope survenant pendant l'anesthésie comme elle pourrait survenir en dehors de son influence;

2° La mort par asphyxie, seul genre de mort qui me paraisse, avec le suivant, immédiatement lié à l'emploi du chloroforme en inhalation;

3° Mort par action progressive du chloroforme éteignant successivement la sensibilité, la vie de relation et la vie organique.

Aussi le dernier accident étant facile à éviter avec un peu d'attention, il ne restera au chirurgien qu'à lutter contre les deux premiers.

La syncope ne survient guère que lorsqu'on essaie d'asseoir le malade. Si elle se manifestait, on doit la traiter comme on le ferait si le malade n'avait point subi d'inhalation chloroformique.

Le deuxième cas me paraît de beaucoup le plus commun. c'est presque toujours contre l'asphyxie que les chirurgiens ont à lutter. Cette asphyxie est peut-être favorisée par une action spéciale du chloroforme sur le sang, par une diminution dans l'amplitude de contraction des muscles inspirateurs,

mais surtout par une obturation mécanique de l'entrée des voies aériennes, par l'aspiration que la langue tombée en résolution subit au-dessus de la glotte, par l'épiglotte appliquée sur l'orifice supérieur du conduit respiratoire. L'attention du chirurgien doit surtout être portée de ce côté.

C'est en vain que dans ce cas on essaierait de l'électricité. Cet agent n'est pas plus certain que les autres agents d'excitation; si le retrait de la langue est complet, il ne remédiera point à la situation, et ne produira que cet état qui est normal chez l'enfant asphyxié, des contractions des muscles inspirateurs, sans que pour cela la respiration des muscles se fasse. D'ailleurs, dans tous les cas où on l'a employé après la cessation des battements du cœur, il n'a point empêché la mort. Nos voisins, les Anglais, ont toujours un appareil électrique qui fonctionne à mesure qu'on administre le chloroforme, et cependant c'est en Angleterre que le nombre des accidents a été le plus nombreux; je n'ai pas pu trouver un seul cas d'accidents graves détruit par l'électricité, tandis qu'au contraire les faits de MM. Bikersteth, Snow, Langenbeck, Rigaud, Plouviez (de Lille), démontrent hautement l'importance qu'il y a à maintenir ouvertes les voies respiratoires et à favoriser l'entrée de l'air dans les poumons quand cette entrée ne peut se faire seule.

En vain M. Abeille, en vain M. Robert ont-ils essayé de préconiser l'électricité; je crois qu'ils ont rendu un mauvais service, non pas que ce moyen soit sans valeur, mais il donne à quelques chirurgiens une fausse sécurité, et il empêche de recourir au seul procédé sûr de rappeler le jeu normal des fonctions. D'ailleurs, M. Robert a fait sur les animaux des expériences comparatives. La respiration artificielle lui a réussi toutes les fois que la mort apparente était suffisamment récente. L'électricité n'a jamais pu faire revivre l'animal quand le cœur était arrêté.

Tous les auteurs s'accordent à signaler une foule de contre-indications à l'emploi du chloroforme. L'étude que nous venons de faire de l'action de cet agent ne légitime pas cet excès de recommandation à priori. On a dit : il ne faut pas donner de chloroforme aux individus atteints de maladies du cœur ou des poumons. — Si ces maladies sont trop avancées, il ne sera que bien rarement utile de faire une opération grave, et par suite il n'y aura pas lieu de donner du chloroforme. Mais si je me trouvais en pareille occurrence, je n'hésiterais pas à anesthésier le malade. Je l'ai fait une fois, et je m'en suis bien trouvé. Je redouterais plus l'impression fâcheuse et l'excès de la douleur, que je ne redoute l'action du chloroforme. D'ailleurs, il est un fait curieux, c'est que pas un des cas nombreux de mort par le chloroforme, dont la science possède la relation, n'a présenté ces lésions du cœur dans lesquelles l'emploi de cet anesthésique serait si redoutable. Tout au plus pourrait-on citer le fait de ce moribond du service de Valleix, auquel on donna du chloroforme pour lui couper des hémorrhoïdes, malgré l'existence bien constatée d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. Quant à l'état graisseux du cœur que l'on trouve constaté dans quelques observations anglaises, les détails microscopiques étant nuls, il ne nous est pas possible d'apprécier la valeur de cette assertion. D'ailleurs, rien ne pourrait, à l'avance, faire soupçonner cette lésion. — Pour ce qui est des affections pulmonaires, tout au plus a-t-on constaté quelques adhérences pleurales qui sont, comme on sait, l'état normal pour les trois quarts des sujets ; et quant aux tubercules, il n'y a guère que le grenadier de M. Ceccaldi chez lequel on en ait trouvé, encore étaient-ils peu nombreux. Pour en trouver un second cas, il faudrait remonter presque au début de la pratique de l'anesthésie, aller jusqu'à Boston pour voir un malheureux atteint de fistules à l'anus que per-

sonne, en France, n'aurait songé à opérer, et encore avait-il pu, dans une autre circonstance, supporter impunément la chloroformation. Cependant, les nombreux dentistes qui, en Angleterre, aux États-Unis, en France, ont vu périr des malheureux par le chloroforme, ne songeaient guère à la grave responsabilité qu'ils encouraient. Ils ont dû bien souvent anesthésier des phthisiques.

On a recommandé de ne point donner du chloroforme aux individus anémiques, à ceux qui sont dans la stupeur traumatique.

Ici encore, je suis d'un avis opposé : de deux choses l'une, ou bien l'anémie, la stupeur sont trop prononcées, et alors, excepté la ligature d'une artère ou la trachéotomie, toute opération majeure doit être renvoyée, ou bien la stupeur n'est pas assez grande pour éloigner complètement l'idée d'une opération; eh bien! alors, j'aimerais mieux donner du chloroforme. Ici, je m'éloigne complètement de la pratique de la plupart des chirurgiens; c'est que les faits semblent m'avoir donné raison. On meurt de la douleur lorsque l'économie n'a pas la force de la supporter, aussi bien qu'on meurt d'hémorrhagie. Aussi, en présence d'un malheureux abîmé sous le coup d'un traumatisme grave, j'aime beaucoup mieux l'exposer aux chances du chloroforme que lui faire subir un ébranlement nerveux considérable. J'ai toujours vu, dans ces cas, les malades mourir, tandis que, dans deux circonstances très graves, je donnai du chloroforme et j'eus le bonheur de sauver mes opérés. Toutes les fois qu'il s'agit d'opérations graves, je crois que, quoique puisse demander le malade, on doit lui proposer le chloroforme et insister pour le faire accepter. Il n'est rien dont je me défie tant que de ces courages outrés. J'ai toujours vu ces fanfarons de courage tomber après l'opération dans un état d'affaissement dont ils ne se relevaient point.

Ce que je dis de la stupeur, je le dirai de même de l'état d'anémie. On sait que cet état exalte plutôt qu'il ne diminue l'impressionnabilité nerveuse. Or, cette impressionnabilité, je la redoute plus que le chloroforme. D'ailleurs, ici, comme dans le cas précédent, la clinique, ce souverain juge, ne confirme pas les présomptions des auteurs. Je n'admets, en fait de contre-indications, que des contre-indications qui se révèlent au moment même où l'on essaie le chloroforme, et qui tiennent à l'idiosyncrasie du sujet ou à un état spécial au moment de l'opération : tel un spasme persistant du larynx, par exemple; une intoléranca absolue ou une impossibilité à subir son action; l'état de plénitude de l'estomac; un état d'ivresse. L'âge ne peut en aucun cas être une contre-indication.

On voit donc que je généralise autant que possible l'application du chloroforme. Cependant, je ne voudrais pas employer cet agent pour des opérations insignifiantes ou légères. Je crois qu'il faut le réserver aux grandes opérations seulement, à moins que la pusillanimité du sujet ne fasse que ce qui est peu de chose pour un autre ne devienne pour lui une opération très sérieuse. Tout est relatif.

Il est bien entendu que, dans tous les cas, le chloroforme employé devra être pur. Cependant, il ne faudrait pas s'exagérer l'influence fâcheuse de l'impureté de cet agent. Il ne paraît pas que les liquides qui sont mêlés d'ordinaire au chloroforme impur, puissent agir autrement qu'en provoquant de l'irritation des bronches, irritation quelquefois assez vive pour déterminer une inflammation de l'arbre aérien capable de tuer en trente-six heures, comme cela arriva au chien de M. Gosselin, mais incapable d'amener la mort subite, comme l'a éprouvé M. Robert en expérimentant sur l'alcool anhydre et le fuzzle oil qui, comme on sait, sont les substances qui altèrent le plus souvent le chloroforme. D'ailleurs, on sait

que, dans l'armée américaine, le liquide employé comme agent d'anesthésie est un mélange de chloroforme et d'alcool.

Je termine ici cette étude peut-être un peu longue, surtout après les nombreux travaux qui ont été faits sur la question, que je crois d'une importance capitale, tant par la multiplicité d'application que par la gravité qu'elle peut avoir et l'incohérence des opinions à son sujet. Pour condenser les idées que je viens de discuter, je les résumerai dans les quelques propositions suivantes :

La chloroformisation est une opération chirurgicale grave qui demande, pour être pratiquée sûrement, le concours d'un homme habitué non-seulement à donner le chloroforme, mais encore à toutes les conjonctures chirurgicales où il est indispensable d'appliquer avec instantanéité les moyens de remédier à un accident. C'est dire que je récuse complètement la compétence du pharmacien et du dentiste.

— L'anesthésie n'empêche pas la syncope par traumatisme, peut-être même dans certaines circonstances l'aggrave-t-elle. Aussi est-il indispensable que *le malade soit couché.*

— L'estomac doit être, autant que possible, absolument vide, c'est à dire que le malade ne doit avoir rien pris depuis la veille si on opère le matin, et en tout cas depuis sept ou huit heures au moins. Le bouillon et le vin doivent être proscrits, aussi bien que les aliments solides.

— Le malade devra être couché près d'une fenêtre pouvant s'ouvrir, afin qu'on puisse donner de l'air frais en abondance, si cela devient nécessaire.

— Le chirurgien devra toujours avoir sous la main de l'eau froide, un linge, serviette ou mouchoir, un tube laryngien.

— L'ammoniaque, etc., l'électricité, sont des ressources accessoires dont l'emploi pourrait faire négliger celui de moyens plus directs. On devra s'en abstenir.

— Tous les procédés qui permettent un libre passage à l'air, sont bons.

— Des appareils, celui de Charrière est excellent; les trous à air du récipient devraient être plus larges. Il a sur la compresse un avantage, c'est de laisser la face à découvert.

— Des procédés simples, la compresse est le meilleur; elle doit être faite de linge gros, à mailles claires, pas trop usé. Le cornet et l'éponge méritent moins de confiance.

— De toutes les fonctions, celle qui veut la plus grande surveillance, c'est la respiration.

— L'examen du pouls n'est qu'accessoire. En aucun cas, il ne devra dispenser de surveiller l'aspect de la face et surtout la respiration.

— L'état asphyxique des chloroformés est tout à fait analogue à l'état semblable des nouveau-nés. Les mêmes moyens sont applicables dans les deux cas. Ils doivent être appliqués encore avec plus de promptitude et de précision chez les premiers.

— La plupart des accidents du chloroforme sont dus à l'asphyxie, qui est favorisée par le retrait de la langue dans le pharynx. Il faut donc surveiller cet organe, l'attirer au-dehors, et, si cela est insuffisant, pratiquer la respiration artificielle à l'aide de pressions méthodiques du thorax, et même à l'aide d'un tube laryngien.

Les autres accidents survenus pendant l'emploi du chloroforme, seront dus à la syncope, qu'on traitera par la position horizontale, l'air frais, les violentes aspersions sur la face et la poitrine, et enfin, si c'était insuffisant, ce qui sera bien rare, la respiration artificielle longtemps continuée.

En suivant les indications que j'ai recommandées, je n'oserais pas affirmer, comme M. Sedillot, que jamais on n'aura à redouter une mort par le chloroforme; je n'oserais pas l'affirmer, de peur que l'avenir ne m'imposât un jour ou

l'autre un cruel démenti; mais, ce dont je suis convaincu, c'est qu'on réduira ainsi les mauvaises chances à si peu de chose, qu'il y aura suffisante sécurité pour la pratique.

Hypermanganate de potasse et ses incompatibles.

Depuis quelque temps, l'hypermanganate de potasse semble vouloir prendre rang parmi les agents thérapeutiques; mais les Journaux de Médecine qui ont précorisé son emploi se sont abstenus de parler de ses propriétés chimiques, dont quelques-unes sont assez saillantes pour qu'elles méritent d'être connues du Médecin praticien, afin qu'elles lui évitent ces alliances impossibles qu'il est fâcheux de rencontrer dans une prescription magistrale.

Ce sel, qui, dans certains cas, est très stable, puisqu'il se forme souvent à une température très élevée, comme le prouve son mode de préparation, dans d'autres cas est tellement décomposable, qu'il suffit du simple contact d'un produit organique, par exemple, pour entraîner sa décomposition instantanée. Un soluté d'hypermanganate de potasse, dont la coloration est si belle et si vive, jeté sur un filtre en papier, passe au travers presque complètement décomposé, en laissant sur le papier un composé manganique insoluble. La fibre ligneuse, malgré son insolubilité, décompose donc l'hypermanganate de potasse. Cette instabilité joue probablement un rôle dans les effets thérapeutiques que la Médecine annonce avoir obtenus de l'application de cet agent sur certaines plaies.

Quoi qu'il en soit, un fait récent, arrivé à un Pharmacien pendant l'exécution d'une formule magistrale dans laquelle se trouvaient en présence l'hypermanganate de potasse et la glycérine, a dévoilé une énergie de réaction tout à fait remarquable entre ces deux corps. Une solution de 20 grammes

d'hypermanganate venait d'être faite dans 200 grammes d'eau distillée à la faveur d'une douce chaleur. Pendant qu'on y versait 30 grammes de glycérine, complément de la prescription, un mouvement tumultueux s'est établi dans le mélange, avec tuméfaction considérable et chaleur très vive, et une grande partie du mélange a été projetée au loin en gerbes divergentes.

Il est utile de porter ce fait à la connaissance des praticiens, et d'en déduire surtout ce principe déjà connu des chimistes, qu'il y a incompatibilité entre l'hypermanganate de potasse et les produits organiques; qu'il faut éviter de faire de semblables mélanges, et employer l'hypermanganate en simple solution aqueuse. A. B.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Tumeur érectile des paupières. — Les tumeurs érectiles sont un genre de production morbide pour laquelle on a inventé et mis en pratique une foule de méthodes et de procédés. Nous ne voulons parler ici que des tumeurs érectiles artérielles, et en particulier de celles de la face. On sait que la compression seule a suffi, dans quelques cas, pour obtenir une guérison. Ce mode de traitement n'est applicable que dans certaines circonstances, lorsque le tissu morbide occupe une portion des téguments appuyés sur le squelette facial. C'est d'ailleurs, il faut aussi le reconnaître, une méthode dont l'exécution demande un temps assez long, une patience et une dextérité qu'on ne rencontre pas toujours chez la mère de l'enfant, chargée, en pareil cas, de faire le traitement. Lorsque la tumeur est petite, le cautère actuel est préférable; en portant sur le *nœvus* ou sur la *tumeur*, suivant le degré où la maladie est arrivée, la pointe d'un cautère dit en *bec de moineau*, en ne laissant ce cautère appliqué qu'un instant, on détermine la formation d'une escarre superficielle. Si la production morbide occupe elle-même la couche la plus élevée de la peau, une seule application est suffisante. L'escarre une fois éliminée, la petite plaie qui lui succède se cicatrise promptement. Parfois, il se forme une simple petite

croûte, dont la chute laisse voir le tissu inodulaire sous la forme d'une ligne blanchâtre. Lorsque la téléangiectasie est à la fois plus profonde et occupe une surface plus large, il faut revenir à la cautérisation à plusieurs reprises, en prenant toujours la précaution de brûler superficiellement la partie affectée, de façon à ne pas détruire le derme dans toute son épaisseur. De cette manière, on est sûr d'éviter des cicatrices difformes. J'ai rapporté ailleurs un fait de ce dernier genre que je rappellerai : un enfant, âgé de cinq mois, envoyé à ma clinique par le docteur Thierry Mieg, était affecté d'une tumeur érectile artérielle de la lèvre inférieure. Je cautérisai, à plusieurs reprises et *légèrement*, la surface de la tumeur, au moyen d'un petit cautère actuel, pointu, pourvu d'une boule, à une petite distance de la pointe. La guérison fut complète. A la place occupée primitivement par la tumeur, se voyait une surface plus blanche que le reste de la peau de la face, sans la moindre irrégularité.

Pour bien apprécier le mécanisme de la guérison, par le cautère actuel, appliqué *superficiellement*, il faut se rappeler que toute tumeur érectile est composée de capillaires sanguins en nombre considérable ; ce n'est qu'à une période plus avancée du mal, que celui-ci est un tissu spongieux, formé d'une charpente fibreuse et de cavités communiquant les unes avec les autres. Si vous portez la pointe d'un cautère en bec d'oiseau à la surface d'une de ces tumeurs, vous produirez une petite escarre ; celle-ci détermine autour d'elle, dans toute l'étendue de la sphère qui l'entoure, un travail inflammatoire bien reconnaissable à l'aréole rosée qui se développe sur les limites de la lame du derme qui a été mortifiée. Cette inflammation elle-même donne lieu à la sécrétion d'une certaine quantité de lymphe plastique qui remplit les aéroles du tissu vasculaire, en efface les cellules, s'épanche dans leurs intervalles, et finalement s'organise pour se convertir en tissu de cicatrice. Ce procédé opératoire a l'avantage de ne pas détruire les tissus affectés dans toute leur épaisseur ; c'est une brûluré au *troisième degré* et non au quatrième degré. Partant de là, on a une cicatrice régulière, de niveau avec le reste de la surface cutanée, et non une cicatrice enfoncée ou gaufrée. Il n'y a donc pas de difformité appréciable, tandis qu'il y en aurait une, si le cautère *détruisait* de prime abord toute la partie vascularisée outre mesure. Ce procédé est applicable même aux cas où la tumeur est déjà arrivée à la période d'ulcération. Un enfant âgé de dix mois m'avait été adressé, dans le cours de l'année 1862, par le docteur Pfeiffer : il existait à la racine

du nez une large ulcération s'étendant jusque pres du grand angle de l'œil, de chaque côté ; le fond en était fongueux, saignant. L'ulcération avait succédé, d'après le rapport de la mère, à une tache, très petite à la naissance, et qui s'était agrandie peu à peu. Il y avait des hémorrhagies abondantes qui se manifestaient à des intervalles variables, et sans cause connue. L'étendue de la production morbide empêchait de faire usage d'un cautère en bec d'oiseau. J'eus recours à un cautère olivaire ; il fallut plusieurs cautérisations pour obtenir une guérison radicale. Pendant plusieurs mois après cette dernière, la cicatrice conserva une coloration d'un rouge foncé qui finit néanmoins par se convertir en couleur d'un blanc grisâtre.

L'observation suivante est un exemple de tumeur érectile, en voie de formation de la paupière inférieure, guérie par une seule application de cautère actuel.

Observation. — *Petite tumeur érectile artérielle de la paupière inférieure droite. — Attouchement avec un cautère chauffé à blanc. — Guérison.*

Augustine Jourdan, âgée de six mois, demeurant à Belleville, rue des Envierges, n° 8, est présentée à ma clinique, le 25 novembre dernier. C'est une enfant bien constituée, douée d'embonpoint. La mère raconte, qu'à la naissance cette petite fille présentait, à la partie externe, de la base de la paupière droite, une tache de la couleur et de la dimension d'une piqûre de puce. Depuis cette époque, la tache agrossi.

Actuellement, il existe, à l'endroit que nous venons d'indiquer, une saillie, de couleur de la framboise, du volume d'une lentille, s'effaçant presque complétement par la pression, pour reparaître peu de temps après.

Le 21 décembre, je la touche, avec la *pointe* d'un cautère en *bec de moineau*, chauffé à blanc. Immédiatement après cette brûlure, une compresse d'eau froide est appliquée sur la partie ; le même pansement est continué pendant deux jours.

Le 24, il existe une croûte jaunâtre entourée d'une auréole, à l'endroit de la cautérisation. L'enfant n'a pas cessé de prendre le sein, ni d'avoir son sommeil habituel.

Le 28, la petite escarre est tombée ; à la place existe une petite ... bordée d'une auréole rouge.

... janvier, il s'est reformé une petite croûte ; la rougeur qui ... pourtour a diminué. Enfin, le 11, on voit, à la place occu-

pée antérieurement par la tumeur érectile, une petite cicatrice légèrement blanchâtre qui se perd dans le sillon du bord adhérent de la paupière inférieure. Dr Fano. *(France médicale.)*

Plaies de l'abdomen par armes à feu, rejet de la balle par le rectum; par M. Ducochet. — Des plaies pénétrantes de l'abdomen, alors même que le malade avait été percé de part en part par une baïonnette, ont été quelquefois suivies seulement d'accidents très légers. Aussi quelques chirurgiens, à l'exemple de Dupuytren, prétendaient-ils que, dans ces cas, le corps vulnérant avait écarté sans les intéresser les anses intestinales.

Les expériences de Travers ont montré que l'épanchement de matières alimentaires n'était pas une conséquence forcée de la blessure de l'intestin. Les quelques faits suivants ne peuvent laisser de doute sur la pénétration de l'intestin, puisque la balle a été rejetée par le rectum, et cependant aucun accident grave n'est venu empêcher la guérison.

I. — H..., âgé de vingt-deux ans, lieutenant au 14e régiment Indiana, entre à *Georgetown Seminary Hospital* le 6 mai dernier. Il avait été blessé par une balle conique qui était entrée à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic, et à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane. Le malade dit avoir peu souffert de sa blessures, excepté des nausées et une rétention d'urine. Pendant deux jours il n'y eut pas de garderobes, et le troisième après la blessure, le chirurgien du bateau qui le transportait à Washington lui donna un purgatif qui agit naturellement. Le 8 mai, cinq jours après la blessure, il éprouva quelques douleurs abdominales, et le soir il rendit avec les selles une balle Minié très-déformée. Depuis cette époque jusqu'au 20 mai il eut deux garderobes par jour, quelques vomissements; mais la plaie guérit, la santé revint, et le 12 juin il put retourner chez lui en congé.

II. — C. B. Lupton, caporal au 2e régiment de cavalerie de New-York, âgé de vingt ans, fut blessé près de Rockville, le 28 juillet 1863, par une balle conique de pistolet, laquelle l'atteignit par derrière, et passant entre les apophyses transverses des troisième et quatrième vertèbres lombaires, se logea dans la cavité abdominale. Le lendemain soir il entra à *Georgetown Hospital,* ayant beaucoup de fièvre, de sensibilité et de ballonnement du ventre. Un léger purgatif fut administré; il y eut deux selles le lendemain. Le 4 août, sept jours après la blessure, la balle fut expulsée avec les garderobes. Le 9, l'amélioration commença, le 27 il fut transporté dans un autre hôpital, qu'il quitta depuis, guéri pour retourner chez lui en congé.

III. — Le 29 mars 1863, dit M. Hamillon, je vis à l'hôpital n° 8 de

Tous les auteurs s'accordent à signaler une foule de contre-indications à l'emploi du chloroforme. L'étude que nous venons de faire de l'action de cet agent ne légitime pas cet excès de recommandation à priori. On a dit : il ne faut pas donner de chloroforme aux individus atteints de maladies du cœur ou des poumons. — Si ces maladies sont trop avancées, il ne sera que bien rarement utile de faire une opération grave, et par suite il n'y aura pas lieu de donner du chloroforme. Mais si je me trouvais en pareille occurrence, je n'hésiterais pas à anesthésier le malade. Je l'ai fait une fois, et je m'en suis bien trouvé. Je redouterais plus l'impression fâcheuse et l'excès de la douleur, que je ne redoute l'action du chloroforme. D'ailleurs, il est un fait curieux, c'est que pas un des cas nombreux de mort par le chloroforme, dont la science possède la relation, n'a présenté ces lésions du cœur dans lesquelles l'emploi de cet anesthésique serait si redoutable. Tout au plus pourrait-on citer le fait de ce moribond du service de Valleix, auquel on donna du chloroforme pour lui couper des hémorrhoïdes, malgré l'existence bien constatée d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. Quant à l'état graisseux du cœur que l'on trouve constaté dans quelques observations anglaises, les détails microscopiques étant nuls, il ne nous est pas possible d'apprécier la valeur de cette assertion. D'ailleurs, rien ne pourrait, à l'avance, faire soupçonner cette lésion. — Pour ce qui est des affections pulmonaires, tout au plus a-t-on constaté quelques adhérences pleurales qui sont, comme on sait, l'état normal pour les trois quarts des sujets ; et quant aux tubercules, il n'y a guère que le grenadier de M. Ceccaldi chez lequel on en ait trouvé, encore étaient-ils peu nombreux. Pour en trouver un second cas, il faudrait remonter presque au début de la pratique de l'anesthésie, aller jusqu'à Boston pour voir un malheureux atteint de fistules à l'anus que per-

sonne, en France, n'aurait songé à opérer, et encore avait-il pu, dans une autre circonstance, supporter impunément la chloroformation. Cependant, les nombreux dentistes qui, en Angleterre, aux États-Unis, en France, ont vu périr des malheureux par le chloroforme, ne songeaient guère à la grave responsabilité qu'ils encouraient. Ils ont dû bien souvent anesthésier des phthisiques.

On a recommandé de ne point donner du chloroforme aux individus anémiques, à ceux qui sont dans la stupeur traumatique.

Ici encore, je suis d'un avis opposé : de deux choses l'une, ou bien l'anémie, la stupeur sont trop prononcées, et alors, excepté la ligature d'une artère ou la trachéotomie, toute opération majeure doit être renvoyée, ou bien la stupeur n'est pas assez grande pour éloigner complètement l'idée d'une opération; eh bien! alors, j'aimerais mieux donner du chloroforme. Ici, je m'éloigne complètement de la pratique de la plupart des chirurgiens; c'est que les faits semblent m'avoir donné raison. On meurt de la douleur lorsque l'économie n'a pas la force de la supporter, aussi bien qu'on meurt d'hémorrhagie. Aussi, en présence d'un malheureux abîmé sous le coup d'un traumatisme grave, j'aime beaucoup mieux l'exposer aux chances du chloroforme que lui faire subir un ébranlement nerveux considérable. J'ai toujours vu, dans ces cas, les malades mourir, tandis que, dans deux circonstances très graves, je donnai du chloroforme et j'eus le bonheur de sauver mes opérés. Toutes les fois qu'il s'agit d'opérations graves, je crois que, quoique puisse demander le malade, on doit lui proposer le chloroforme et insister pour le faire accepter. Il n'est rien dont je me défie tant que de ces courages outrés. J'ai toujours vu ces fanfarons de courage tomber après l'opération dans un état d'affaissement dont ils ne se relevaient point.

Résumé des Observations météorologiques de Février 1864

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	10°2 le 26.	17°7 le 27.	11° les 16 et 27.
Moindre..............	—5°3 le 22.	1° le 22.	—1°5 le 21.
Moyen	4°5 le 29.	9° le 3.	6° le 2 et le 3.

Chaleur du milieu du jour : 17 jours de 1° à 9°5 = 12 jours de 10° à 17°7.

BAROMÈTRE.

Maximum.................	771,9 mill. le 3.
Minimum............... ...	739,7 mill. le 10.
Medium.....	759,2 mill. le 28 et le 29.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Nombreuses et fortes.

DIRECTION DES VENTS...... Le vent a soufflé du	nord........	9 fois.
	nord-ouest..	1 »
	sud-ouest....	5 »
	sud.......	5 »
	sud-est......	3 »
	est..........	3 »
	nord-est.....	3 »

VENT DOMINANT : le nord.

ÉTAT DU CIEL. — Jours	beaux............	21.
	couverts....	7.
	pluie....	1.
	glace.............	17.

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le mois de février a été généralement froid. La neige, qui se montre rarement dans nos régions, est tombée en assez grande abondance dans la nuit du 21. Les vents de sud, survenus à la suite, ont ramené les beaux jours et favorisé le dégel. Un seul jour de pluie et le vent de nord dominant ont donné une série de beaux jours, assez rares, en général, pendant le mois de février. Le baromètre a subi de nombreuses et fortes variations dans le courant du mois.

Bordeaux. Imp. GOUNOUILHOU, ancien hôtel de l'Archevêché (entrée rue Guiraude, 11).

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

COURS DE CLINIQUE INTERNE

Semestre d'été 1864.

Professeur : M. Henri GINTRAC.

LEÇON D'OUVERTURE,

recueillie par M. Martin, interne et aide de clinique.

Au moment de commencer ce cours, je ne puis me défendre d'une double émotion, de joie et de crainte : de joie, d'avoir été jugé digne d'occuper cette chaire; de crainte, de rester au-dessous de ma tâche. Ce dernier sentiment grandit surtout lorsque je considère l'héritage que je suis appelé à recueillir. Certainement, je n'ai pas la témérité de croire remplacer celui qui, pendant plus de vingt ans, a professé la clinique dans cette enceinte. Mais, formé à son école, m'inspirant toujours de ses pensées et de ses œuvres, je reporterai vers vous, avec un respect filial, les notions que j'ai puisées à une source qui m'est si chère. C'est ainsi qu'animé du désir de vous être utile, j'espère remplir honorablement et avec avantage pour vous, la mission qui m'est confiée.

La clinique interne, objet de mon enseignement, est la médecine étudiée au lit du malade; elle est l'épreuve décisive de la valeur de notre art, l'application pratique de toutes les parties dont le faisceau constitue la science médicale. On a dit, il y a déjà longtemps, que celui qui ne connaît pas l'anatomie, ne peut faire qu'une médecine incertaine et à peu

près empirique. Cette vérité est, de nos jours, proverbiale. Les connaissances en physiologie ne sont pas moins indispensables. Il importe de savoir comment s'exécutent les fonctions à l'état normal, pour apprécier les modifications que la maladie leur imprime. Et ne sont-ils pas considérables les services qu'ont rendus à la pathologie les découvertes récentes de la physiologie expérimentale? Que de fois le médecin est obligé de réclamer l'intervention de la physique et de la chimie, pour lire en quelque sorte dans la profondeur des organes, ou pour découvrir quelque altération dans la composition des solides et des liquides? Les notions de matière médicale sont aussi de la plus grande utilité. Comment appliquer avec succès des médicaments dont on ignorerait l'action sur l'organisme?

L'enseignement clinique, qui est le terme, le couronnement de vos études, suppose donc une instruction médicale déjà assez étendue; il suppose surtout la connaissance théorique des maladies. Cette notion préalable, c'est comme la carte du pays inconnu que le voyageur se propose de parcourir. Elle le guide; elle lui trace la voie la plus sûre; elle épargne son temps et ses fatigues. Cependant, si la pathologie et la clinique se prêtent un mutuel appui, elles suivent deux méthodes bien différentes.

La pathologie s'occupe des maladies en général; elle expose, dans un ordre didactique, les causes, les symptômes, les lésions organiques, les méthodes diverses de traitement. La clinique ne considère que le malade, c'est à dire un organisme qui souffre avec ses dispositions individuelles, originelles et acquises.

La pathologie compare les faits particuliers, les généralise, les abstrait; elle rappelle les systèmes, les théories; elle fait connaître le côté scientifique de la médecine. La clinique a pour mission de mettre les théories en regard des faits;

elle soumet les doctrines au creuset de l'expérimentation, et elle leur fait subir une épreuve d'autant plus sévère, qu'elles brillent d'un plus vif éclat. La clinique, en un mot, est le véritable criterium des opinions médicales.

Si en pathologie il est possible d'étudier, d'après un cadre déterminé, un certain nombre de maladies; s'il est possible de formuler à l'avance un programme, ici il n'en est plus de même. La clinique a pour théâtre, des faits isolés, indépendants, n'ayant entre eux aucune espèce de lien, ou n'ayant que des rapports fortuits, exigeant chacun séparément un examen particulier, une discussion spéciale. Quelquefois, ces faits sont entourés d'une grande obscurité; il faut, à travers un ensemble de symptômes disparates, deviner la nature et le siége de l'affection, en prévoir les tendances heureuses ou fatales. Des difficultés plus grandes surgissent souvent à propos du traitement. Que de fois, en présence d'une gravité menaçante, on est obligé de s'écarter des règles établies, de ne prendre conseil que du danger lui-même! Et comme la maladie semble vouloir se soustraire à notre influence, il ne suffit pas d'avoir à sa disposition une thérapeutique assez riche, il faut mettre encore une certaine habileté dans le choix et le mode d'administration des remèdes, il faut s'adresser à toutes les ressources de l'art et en user avec une véritable stratégie.

J'ai l'intention, dans cette première conférence, de vous faire connaître les transformations successives qu'ont présentées, depuis l'origine de la médecine jusqu'à nos jours, les institutions cliniques, et de vous dire ensuite de quelle manière vous devez étudier les malades soumis à votre observation. Ce sujet ne sera pas sans intérêt pour vous, je l'espère; il inaugurera cet enseignement d'une manière utile.

Les Institutions cliniques remontent à une époque fort ancienne. Comme toutes les autres parties de la médecine, elles ont offert un état d'enfance, d'accroissement et de développement. Aussi, quelle différence entre l'enseignement d'autrefois et l'enseignement nosocomial actuel, avec ses méthodes exactes, son observation sévère, ses investigations laborieuses, multipliées et contrôlées!

Aux premiers âges de la médecine, les malades étaient exposés sur les voies publiques; une loi obligeait les passants à s'arrêter et à se réunir pour indiquer quelques remèdes. Cet examen sur la place publique était un simulacre de consultation; ce n'était pas même une espèce de clinique.

Les Égyptiens furent les premiers peuples munis d'un enseignement régulier. Ils rédigèrent un corps de doctrine, formèrent un code sacré que l'on apprenait dans les temples, et dont on ne devait pas s'écarter lors de la prescription des ordonnances. Cette école des temples acquit et conserva longtemps une grande réputation.

Mieux que ses prédécesseurs, Hippocrate faisait de la clinique; entouré de ses fils et de ses disciples, il visitait les malades et se livrait ensuite à des commentaires dont ses écrits immortels nous donnent certainement le reflet. Celui que la voix des siècles nommera toujours le père de la médecine, s'est efforcé de convaincre ses élèves de la nécessité de prendre pour base de leurs études l'observation et l'expérience. Il leur répétait souvent : Il faut voir, toucher, écouter, ce qui peut être vu, touché, entendu; la bonne leçon est celle qui procède de l'œuvre.

A Rome, les médecins avaient aussi l'habitude de se faire accompagner chez les malades par leurs disciples, et la chronique des temps mentionne qu'ils tiraient vanité du nombre de leurs élèves, comme, du reste, le font peut-être les professeurs de nos jours. Martial fait allusion à cet usage

dans l'une de ses épigrammes dirigée contre Symmaque, médecin distingué de cette époque :

Languebam; sed tu comitatus protinus ad me
Venisti centum, Symmache, discipulis,
Centum me tetigere manus aquilone gelatæ
Non habui febrem, Symmache, nunc habeo.

On comprend, du reste, que l'étude clinique a dû précéder tout autre enseignement médical. Pour faire des cours théoriques, pour écrire des livres, des notions plus ou moins exactes étaient nécessaires; une généralisation des cas particuliers devait précéder l'histoire et la distribution systématique des maladies.

Quelques médecins arabes ont fait une sorte d'enseignement clinique dans les hôpitaux créés par les Mahométans en Orient, notamment à Bagdad, où le calife Almanzor avait fait ériger un collége de médecine et des hôpitaux vers le milieu du huitième siècle. C'est là qu'ils puisèrent les notions qu'ils nous ont laissées sur un certain nombre de maladies, et spécialement sur la variole et la rougeole.

Il faut arriver jusqu'au milieu du dix-septième siècle pour trouver quelque trace d'une institution réellement clinique. C'est à Sylvius Deleboë (de Leyde), que revient l'honneur d'avoir le premier, en 1658, fondé un enseignement clinique. Il paraît, cependant, qu'Otto Heurnius, prédécesseur de Sylvius à l'hôpital de Leyde, et Stratten, médecin d'Utrecht, avaient appliqué et réalisé ce genre d'instruction avant l'auteur du système iatro-chimique. Un auteur italien, Comparetti, affirme également que dès l'année 1543, l'École de Padoue était munie, sous la direction de Monti, d'une institution clinique; qu'en 1578, Albert Botton et Marc Oddi, conduisaient chaque jour des élèves à l'hôpital Saint-François pour leur donner des leçons de pratique.

Quoi qu'il en soit, Sylvius Deloboë donna à l'enseignement pratique un retentissement qui appela l'attention des médecins de l'Europe sur la ville de Leyde; mais il ne fut que passager, et les études cliniques furent abandonnées de nouveau jusqu'au commencement du dix-huitième siècle. A ce moment, l'influence qui résultait de la création des sociétés savantes et surtout l'impulsion donnée par Bacon à la direction des esprits vers les choses de la nature, firent sentir la nécessité d'une instruction pratique en médecine. Alors fut créée à Leyde, en 1714, une chaire de médecine pratique. Elle fut confiée à Boerhaave.

De cette école surgirent des élèves distingués, qui transportèrent à Vienne et à Édimbourg les principes qu'ils y avaient puisés.

A Édimbourg, fut fondée une clinique célèbre, qu'illustrèrent les Home, les Duncan, les Cullen.

A Vienne, un autre disciple de Boerhaave, celui qui a commenté d'une manière si savante ses aphorismes, fut chargé par l'Impératrice Marie-Thérèse de donner un nouveau plan à l'Université. Van-Swieten établit dans cette capitale de l'Empire Autrichien un hôpital clinique, dans lequel enseignèrent plus tard avec succès de Haen, Stoll, Hildenbrand.

Les principales villes de l'Italie eurent également des cliniques dans leurs hôpitaux. Ainsi, nous trouvons : à Rome, Lancisi; à Padoue, Valsalva, Morgagni, que l'on peut appeler le chef de l'École anatomico-pathologique; à Pavie, Borsieri, Tissot, les deux Frank, Brera, Franc. Nob. ab Hildenbrand, etc., etc.

En France, l'enseignement clinique a été organisé vers l'année 1794. Il eut, pour premier interprète, Corvisart; il fut continué par Leroux, Laennec, Récamier, Cayol, Fouquier, Chomel. Jamais institution ne s'est plus largement et plus heureusement développée; et pouvait-elle s'abriter sous les

auspices de maîtres plus éminents! Aussi, elle existe aujourd'hui dans toutes les Écoles et dans les grands hôpitaux. Elle s'est étendue à toutes les variétés pathologiques de l'espèce humaine. Inutile de rappeler, car ils sont connus de vous, les noms des médécins qui, par leurs ouvrages remarquables, leurs leçons brillantes et originales, leur intelligente activité, jettent actuellement sur les études cliniques un si vif éclat, que l'on peut dire avec un juste orgueil que Paris est vraiment la terre classique de l'enseignement nosocomial.

Je pourrais être taxé d'injustice ou du moins de partialité, si je n'ajoutais qu'en Allemagne les études cliniques ont acquis une légitime importance, et qu'elles occupent une large place dans les programmes officiels. Dans le remarquable Rapport qu'il a publié dernièrement, M. Jaccoud nous apprend que dans la plupart des Facultés de ce pays, outre la clinique hospitalière désignée sous le nom de clinique stable *(clinicum stabile),* il existe une polyclinique, c'est à dire une clinique ambulante *(ambulatorium)*, qui comprend : des consultations gratuites dans le service académique de l'hôpital, et le traitement à domicile. Ces deux institutions ainsi réunies, semblent compléter d'une manière heureuse l'éducation médicale pratique.

L'enseignement clinique se compose de deux parties distinctes : l'examen du malade dans la salle, et une leçon à l'amphithéâtre.

Examiner un malade, c'est diriger vers lui ses sens et son attention pour le bien connaître. L'art d'observer est entouré de difficultés, parce que le sujet sur lequel il s'applique est composé de tissus variés, d'organes nombreux, de fonctions diverses. Aussi exige-t-il de la sagacité, des connaissances vastes, et c'est en le maniant avec intelligence que le médecin digne de ce nom se distingue de l'empirique. Il n'est donc

pas inutile d'indiquer quelques-unes des règles qui doivent vous diriger dans cette étude difficile et complexe.

En vous approchant d'un malade, vous considérerez d'abord son habitude extérieure, son aspect, sa coloration, l'expression de sa physionomie, le degré de force ou de faiblesse qu'il présente. Cet interrogatoire encore muet donne une idée de la constitution et du tempérament; il s'effectue par un simple coup d'œil.

Les premières questions à adresser portent sur les points suivants :

1° L'âge : Il ne peut pas toujours être estimé d'après les apparences. Combien, en effet, sont souvent vieillis avant l'âge, ces malheureux épuisés par la misère, usés par les excès ou des travaux pénibles, détériorés par des maladies!

2° Le lieu d'habitation : N'a-t-il pas souvent une grande influence sur la condition physique de l'individu, la prédominance de certains systèmes organiques, la production de diverses maladies?

3° La profession, le genre de vie, les habitudes hygiéniques, le régime, les conditions spéciales de santé, circonstances qui appellent l'attention du médecin sur la probabilité de certains états morbides.

4° L'hérédité : Ne s'exerce-t-elle pas en de larges proportions dans l'ordre pathologique? Le *talis pater, talis filius,* ne se retrouve-t-il pas fréquemment pour expliquer l'origine de nombreuses affections chroniques?

5° Les maladies antérieures : Il faut insister sur celles qui paraissent avoir quelque rapport avec l'état morbide que l'on est appelé à constater.

Après ces préliminaires, vous déterminerez l'époque exacte et le mode d'invasion de la maladie actuelle; vous rechercherez quel a été le symptôme initial, quels autres phénomènes morbides l'ont suivi, quel a été l'ordre de succession

de ces derniers. Ce sont les circonstances commémoratives, les antécédents, ce qu'en pathologie générale on appelle *signes anamnestiques*.

Il existe plusieurs manières d'interroger les malades. On peut adopter :

1° Un ordre topographique, en commençant par la tête, et descendant successivement aux autres régions, pour finir par les membres; personne ne l'emploie.

2° Un ordre anatomico-physiologique, en prenant pour base les grandes divisions suivies dans l'étude des organes et des fonctions. Il ne permet aucune omission; mais il a l'inconvénient d'appeler l'attention d'une manière uniforme sur toutes les fonctions. La plus compromise peut n'arriver que la dernière, lorsqu'il eût été plus intéressant de s'en occuper d'abord.

3° Un ordre pathologique ou plutôt physiologico-pathologique. Il s'adresse d'abord aux fonctions et aux organes dans lesquels le premier coup d'œil ou les premiers renseignements ont fait présumer que la maladie réside. C'est l'ordre qui me semble préférable et que je vous conseille de suivre.

Vous arriverez plus facilement et plus sûrement au but que vous voulez atteindre, en faisant immédiatement au malade cette demande : *Où souffrez-vous? Montrez l'endroit qui vous fait mal?* Ce point indiqué, examinez-le très attentivement. Appréciez le siége, le caractère de la douleur; recherchez si les symptômes accusés sont primitifs ou secondaires, s'ils ne sont pas liés à la lésion d'un organe voisin, ou s'ils ne sont pas l'effet de quelque complication. Interrogez avec soin la fonction qui est altérée, passez en revue tous les phénomènes morbides qu'elle peut présenter, et ce n'est qu'après cet examen que vous étudierez successivement les autres fonctions en commençant par celles qui ont le plus de rapport avec l'organe malade. On acquiert ainsi la connaissance des

phénomènes sympathiques. Vous n'ignorez pas sans doute combien sont grandes les sympathies réciproques qui unissent entre eux les divers appareils organiques? Les organes sont rarement affectés isolément. Lorsque l'un d'eux souffre, il réagit le plus souvent sur plusieurs autres, il en trouble l'action et quelquefois la texture. N'oubliez pas ces mots, pour ainsi dire sacramentels, d'Hippocrate : *Consensus unus, conspiratio una, consentientia omnia.*

Il m'est impossible de vous donner en ce moment la description des procédés à l'aide desquels on arrive à la connaissance des maladies. Plutôt que de vous les décrire ici, je préfère en remettre l'étude au lit du malade, et vous dire alors comment, seuls ou avec le concours de moyens artificiels, les sens accomplissent les divers modes d'exploration, palpation, toucher, percussion, auscultation, mensuration, etc.

Les symptômes constatés, vous rechercherez ensuite les causes probables de la maladie; vous les trouverez dans l'individu lui-même, dans ses conditions physiologiques, hygiéniques ou pathologiques. Cette détermination des causes est, dans certains cas, d'une haute importance; elle jette un trait de lumière sur la nature et le caractère des maladies, et fournit des indices précieux sous le rapport du traitement. Elle présente parfois de grandes difficultés, à cause des circonstances nombreuses qui peuvent agir sur l'organisme. Aussi ne vous hâtez pas de conclure : *Post hoc, ergo propter hoc.*

Étant acquis les symptômes de la maladie et ses causes probables, il vous reste une tâche importante mais difficile, à laquelle je vous engage à vous essayer de bonne heure : c'est celle qui consiste à formuler un diagnostic. Ce travail est le produit d'une opération intellectuelle complexe; il est le terme ou le but vers lequel tendent toutes les recherches

étiologiques et symptomatologiques. Il est la base la plus solide sur laquelle s'appuient le pronostic et le traitement, qui, dans l'exercice de la profession, touchent directement à la dignité de l'art et à l'intérêt de l'humanité.

Il ne vous suffira pas, Messieurs, d'observer des phénomènes, de rechercher des causes, d'essayer d'établir un diagnostic : la mémoire la plus heureuse ne saurait conserver des détails nombreux. C'est la plume à la main que vous devez aborder le malade dans une salle de clinique. Habituez-vous de bonne heure à recueillir les faits médicaux ; prenez des observations ; notez chaque jour, au lit même du malade, les symptômes qu'il présente et les résultats du traitement. Évitez, sans doute, les détails trop minutieux, les circonstances étrangères au sujet ; ne faites pas intervenir, dans l'exposé des faits, les réflexions qui devront venir plus tard, mais rédigez avec précision et clarté, avec exactitude et correction tout ce qui frappera vos sens. La description d'un fait doit en présenter l'image la plus fidèle, la copie la plus rigoureuse. Rappelez-vous que les observations que vous aurez prises au début de vos études seront celles qui resteront le plus longtemps gravées dans votre esprit.

N'étudiez, pendant quelque temps encore, qu'un petit nombre de malades ; l'attention se perd en se divisant sur un plus grand nombre de sujets. Ce serait une ardeur mal entendue, que de vouloir embrasser tout un service médical ; vous vous exposeriez à voir beaucoup de malades et peu de maladies. Observez d'abord les affections les plus simples, et vous vous élèverez successivement à l'étude de celles qui sont les plus compliquées. Vous marcherez ainsi du connu à l'inconnu.

Ne choisissez point les cas rares : ils ne sont le plus souvent qu'un objet de curiosité ; il faut les connaître, pour ne pas laisser incomplet le tableau des misères humaines, mais ils ne sont pas du domaine de la pratique usuelle : *rara*

non sunt artis. Attachez-vous surtout aux maladies de tous les jours, à celles que vous rencontrerez à chaque pas dans l'exercice de votre art.

Si j'ai dû, Messieurs, vous donner des conseils, je n'oublierai pas à mon tour que j'ai des devoirs à remplir. Au lit du malade, je dois faire l'éducation de vos sens, vous apprendre à observer, à devenir médecin. Vous me trouverez toujours empressé à vous guider dans ces exercices pratiques auxquels j'attache la plus grande importance et qui constituent la partie essentielle de cet enseignement. Ma tâche n'est pas terminée après la visite dans la salle, elle continue à l'amphithéâtre. C'est la leçon, et laissez-moi vous dire comment je la comprends. Après avoir rappelé les circonstances anamnestiques et les symptômes de la maladie, j'apprécierai autant que possible la nature et le siége de la maladie, je m'expliquerai sur le pronostic et les motifs de ma conduite thérapeutique. Il n'est pas toujours possible d'exprimer directement un diagnostic; il faut procéder alors par voie d'exclusion, et arriver par la négative à une affirmation. On se demande à quels organes, à quels modes divers de lésion peut être rapporté le cas dont il s'agit; on retrace la série des états morbides susceptibles de prendre place au tableau; on établit un parallèle, et le jugement s'exerce par une appréciation comparative et un retranchement successif. Il est rare que ce diagnostic différentiel ne conduise pas à la vérité. J'insisterai sur les traitements divers qui pourraient être employés, et je déduirai de l'étude des indications et des contre-indications les raisons qui m'auront déterminé dans le choix du remède. Je vous signalerai ses effets habituels sur l'organisme, son influence sur la marche, les symptômes, la durée, la terminaison de la maladie. A vous de vérifier si ces effets, cette influence se réalisent.

Rien n'est plus difficile, je le sais, que de constater avec précision des résultats thérapeutiques. Ne sait-on pas combien il est facile de confondre les effets des médicaments avec ce qui appartient à la maladie ou à ses complications, et d'attribuer au remède ce qui n'est dû qu'au bénéfice du temps ou de la nature? N'oubliez pas que l'organisme ne possède pas seulement une puissance conservatrice et une faculté reproductive, mais qu'il est encore doué de forces réparatrices. Il n'est pas jusqu'aux organiciens les plus purs qui n'admirent et ne proclament la sage prévoyance et les instincts conservateurs de la bienfaisante nature.

Toutefois, ne donnez pas à mes paroles une fausse interprétation. S'il est des dérangements de santé peu intenses pour lesquels suffit une médication expectante, il en est beaucoup d'autres qui réclament un traitement énergique. Lorsque la nature se livre à des réactions tumultueuses ou qu'elle manque d'énergie; lorsque, dans le cours d'une maladie, des symptômes graves et douloureux deviennent de véritables accidents; lorsqu'un organe essentiel est affecté, lorsqu'une maladie marche d'une manière irrégulière, qu'elle tend vers une terminaison fatale ou qu'elle menace de se prolonger, c'est alors que la médecine doit être active, et promptement active. La gravité, l'intensité de l'affection, l'importance de l'organe malade, décident de l'énergie des moyens. Mais rappelez-vous que pour réussir il ne s'agit pas de frapper fort, il faut frapper juste.

Si le malade succombe, l'ouverture du cadavre devra être pratiquée, et ce sera toujours en votre présence que j'y procèderai. L'examen des altérations laissées dans les organes par l'état morbide devra être fait avec exactitude, avec détail, avec un soin minutieux. L'anatomie pathologique occupe une grande place dans l'étude de l'homme malade; elle donne au diagnostic et au pronostic leur fondement le plus solide.

Lorsque plusieurs malades atteints de la même affection se trouveront réunis dans le service, je donnerai un plus grand développement à l'histoire de cette affection; mais je me rappellerai que me livrer à un enseignement trop dogmatique, dans lequel le malade ne devient qu'un accessoire, serait quitter le domaine de la clinique pour me jeter sur le terrain de la pathologie.

Je ne me bornerai pas toujours à l'étude de chaque fait particulier. A certains intervalles, je rapprocherai les faits observés pendant une période déterminée, je les comparerai, et je tâcherai de faire jaillir de ce rapprochement quelques vérités générales de diagnostic, d'étiologie ou de thérapeutique. A la fin du cours, je vous présenterai un résumé général des maladies qui auront été étudiées pendant le semestre, et je pourrai tracer ainsi l'histoire de la constitution médicale.

Tel est, Messieurs, l'esprit qui doit nous diriger dans les études cliniques. Je désire que mon enseignement vous offre de l'intérêt, et je serais heureux si vous en retiriez quelque fruit.

OBSERVATION D'UN CAS DE CONVULSIONS DE LA FACE

Tic non douloureux, convulsion mimique de Romberg, traité avec succès par le chloroforme;

par M. le Dr COSTES.

Cette affection est assez rare pour que, dans une pratique de plus de trente ans, il ne nous ait été donné de la rencontrer que cette seule fois. — Son histoire est assez obscure pour ce qui est de l'étiologie; — son diagnostic est très facile, on peut dire qu'il saute aux yeux; — mais son traitement, presque toujours inefficace, se trouvera donner quelque intérêt au fait suivant, par le succès qui l'a couronné.

Mme G..., femme d'un capitaine de navire au long cours, âgée d'environ trente-sept ans, d'une bonne santé habituelle, forte, bien constituée et douée d'embonpoint, mère de deux enfants dont le plus jeune a onze ans, a déjà fait avec son mari deux voyages au Mexique. Elle éprouva quelque appréhension du séjour à bord, et même un peu de mal de mer.

Dans le commencement de juin 1863, cette dame, au moment d'entreprendre un voyage pour Buenos-Ayres, éprouve quelques mouvements insolites des muscles de la face; il lui semble qu'elle grimace involontairement, mais elle n'éprouve aucune douleur. Elle ne sait à quoi attribuer ce qu'elle ressent. Elle n'a éprouvé rien, ni au physique ni au moral, qui puisse lui rendre compte de ces phénomènes; mais ils sont à peine sensibles, et elle part sans avoir eu le temps de me consulter.

A peine en mer, ces mouvements convulsifs augmentent, et, pendant tout le voyage, elle ne peut se permettre de manger avec les passagers, tant ces grimaces sont incessantes et pénibles.

Arrivée à Buenos-Ayres, la malade consulte les médecins du pays, qui, disent-ils, n'ont jamais rien vu de pareil. Cependant, ils instituent divers traitements qui consistent en des applications diverses de pommades sur les paupières, le front, les tempes, pommades dans lesquelles on fait entrer des sédatifs ou narcotiques, belladonne, opium, morphine. On a aussi eu recours à des purgatifs à diverses reprises; mais tout a été sans succès, et le mal n'a fait que s'accroître. Cependant, la santé générale est excellente. L'appétit se soutient; les digestions sont normales, les forces en bon état, le sommeil régulier. La menstruation, pendant son séjour à Buenos-Ayres, n'a pas été interrompue.

Quoique ces contractions spasmodiques ne soient pas pré-

cisément douloureuses, elles ne laissent pas que de donner à la malade une impression pénible, et cette persistance lui fait vivement désirer son retour en France, où elle espère trouver le terme de son infirmité.

Arrivée en France, à Bordeaux, le 18 décembre 1863, après une absence de six mois, je fus appelé à voir Mme G.... le 20, et voici ce que je constatai à ma première visite :

A peine se passe-t-il trois ou quatre minutes sans qu'un mouvement convulsif de l'orbiculaire des paupières, du frontal, du zygomatique, des ailes du nez, des lèvres, ne donnent à la face la plus singulière expression. Le tremblement de l'orbiculaire des paupières et son resserrement extrême semble devoir être douloureux, et ne l'est pas pourtant. La contraction du zygomatique amène un rire sardonique, mais très fugace. Toute la scène couvulsive ne dure pas plus de dix à douze secondes, et la malade semble faire effort pour remettre ses muscles en repos. Les convulsions se présentent aussitôt que Mme G... se lève. Les mouvements généraux de la locomotion semblent les exciter. L'impression de la lumière, ou plutôt les mouvements naturels des paupières amènent leur mouvement convulsif. Il est impossible à la malade de se livrer au moindre travail qui exige les secours de la vue. La lecture lui est interdite, et elle ne peut se permettre de marcher, au dehors de sa maison toutefois, parce qu'elle n'y voit pas, dit-elle. C'est à dire qu'à chaque instant, ayant ses paupières convulsivement closes, elle n'ose se diriger; mais dans sa maison elle fait quelques pas. La lumière artificielle n'augmente pas les spasmes, et, la nuit, le sommeil les suspend complètement.

On peut se figurer quelle doit être l'influence d'un pareil état sur l'esprit de la malade. Penser seulement à son mal excite et fait renaître les convulsions. L'idée qu'on la regarde, les mouvements naturels des lèvres pour parler, ceux des

paupières pour modifier la lumière, sont autant d'excitants qui ramènent le spasme.

La première indication qui s'offre à mon esprit, c'est d'attaquer le mal sur place. Mais des tentatives de ce genre ont déjà été faites, longtemps continuées, et elles ont échoué.

Il n'y a dans ce fait rien qui se rattache à l'épilepsie; la malade ne perd pas un instant connaissance, et pourtant je me sens porté à essayer l'action d'un modificateur puissant du système nerveux dans des cas analogues. Je prescris donc des granules de valérianate d'atropine à prendre deux par jour pendant trois jours, puis trois, puis quatre, puis six, en n'augmentant que tous les trois jours; et puis je fais badigeonner les paupières, le front, les tempes avec quelques gouttes de laudanum de Sydenham. — Les deux premiers jours on croit constater une légère diminution dans les spasmes : ils semblent s'éloigner, mais bientôt tout revient au même point.

Quinze jours se passent sans modification; mais alors on croit remarquer qu'il y a quelques instants de rémission; et comme c'est vers le matin que les convulsions renaissent, et que, vers trois ou quatre heures de l'après-midi, elles semblent s'éloigner et plus tard s'arrêter, je pense à la périodicité et je prescris du sulfate de quinine : mais il faut bientôt y renoncer; les convulsions deviennent plus fortes et plus fréquentes.

On a pensé déjà à Buenos-Ayres à la présence des vers comme cause de l'affection, et les anthelmintiques ont été employés sans succès; mais la malade ayant rendu un lombric assez développé, cette idée se réveilla dans mon esprit, et je prescrivis par deux fois des doses d'huile de ricin qui amenèrent des évacuations, mais point de vers.

Le temps des menstrues est passé, et il n'y a point eu de fluxion. Et bientôt après la malade est prise d'accès de pleurs

sans motifs, de ce qu'elle appelle une attaque de nerfs. — Y a-t-il quelque chose d'hystérique dans ce fait? Dans cette hypothèse, je prescris de l'assa-fœtida en pilules et en lavement. La malade prend très bien ce remède et croit en retirer quelque fruit. Les mouvements instantanés et saccadés sont plus rares et moins prononcés; mais après quelques jours, la scène revient au même point.

La confiance que je cherche à inspirer à la malade, et que je n'ai point, d'une guérison possible et prochaine, n'agit que faiblement sur son système nerveux. La suppression des règles pour une seconde époque cataméniale pouvait faire supposer une grossesse. Mais la malade n'y croit pas. Quelques bains de pieds sinapisés, un sinapisme à une cuisse pendant une demi-heure, font reparaître les règles. L'embarras abdominal, les douleurs lombaires se dissipent en même temps.

En face du pronostic porté par les auteurs sur l'opiniâtreté, l'incurabilité presque absolue de cette affection, c'est à peine si je conserve l'espoir de réussir.

Cependant, avec la conviction que le mal est tout à fait local, je ne puis renoncer, même après plus de trois mois de traitement, à tout espoir de réussir.

Ce tic n'est pas douloureux, il est vrai, mais les muscles contractés ont l'air de souffrir. La physionomie de la malade, dans ces moments, offre quelque chose de pénible. Il semble que ce soit dans les fibres musculaires que se passe la scène douloureuse. Il y avait à la fois clignement convulsif des paupières, un rire grimaçant, sorte de rire sardonique, les muscles du nez, une partie de l'orbiculaire des lèvres, et comme un mouvement de hoquet, de contraction, de resserrement de la gorge. — Je conçois l'idée de recourir au chloroforme; mais son action atteindra-t-elle le mal purement local? Peut-être, en l'employant et en inhalation et en application locale.

Je prescris donc d'appliquer sur les tempes, le plus près de l'œil, quelques gouttes de chloroforme sur une petite pelote de coton et sous un verre de montre; on répétera cette application deux ou trois fois par jour; et puis en inhalation, je fais mettre dans un cornet et sur du coton quinze à vingt gouttes chaque fois de chloroforme à quelque distance des narines, et à répéter deux ou trois fois par jour. — Les deux ou trois premiers jours on n'obtient presque aucun résultat. Je ne me décourage pas, et bientôt quelques heures de la soirée sont complètement affranchies de tout spasme. Au bout de huit jours, le mieux se prononce davantage; et, avant la quinzaine, la malade, qui ne pouvait sortir de chez elle et qui n'osait même, au bras de son mari, affronter la rue, vient chez moi à une très grande distance, sans avoir fermé les yeux. L'usage du chloroforme, continué encore quelques jours, a complété la cure, et maintenant la malade guérie n'a peur que d'une récidive. — N'est-ce pas excusable, après une maladie qui a duré près de onze mois?

C'est bien localement qu'a agi le chloroforme. — Jamais son action n'a amené l'anesthésie, et ce n'est même que de cette manière que j'en avais conçu l'emploi. L'application sur la peau n'a pas été continuée après le deuxième jour; ce n'est qu'en vaporisation sur la face qu'il a été employé, et c'est à son action directe que je crois pouvoir attribuer le succès dans ce cas.

Ce fait n'est pas sans avoir quelque importance. « Sans danger pour la vie, dit le docteur Axenfeld (*Éléments de pathologie médicale,* de Requin, chapitre des névroses, p. 385), les convulsions faciales constituent néanmoins une affection des plus fâcheuses au point de vue des rapports sociaux, désolante à raison de son incurabilité à peu près absolue. » — Or, un cas dans lequel la guérison a été obtenue, bien qu'exceptionnel peut-être, nous semble digne d'être signalé. L'obscurité

de l'étiologie rend le traitement incertain et purement symptomatique. Les moyens qu'on a proposés ne sont guère que des calmants, des narcotiques, des révulsifs. Si je n'avais pas réussi par le chloroforme, je m'étais proposé d'employer un dernier moyen : l'insertion sous la peau d'une solution de morphine ou de telle autre substance narcotique; mais j'avoue que je n'aurais guère compté sur la section du nerf malade : d'abord, parce qu'il ne serait pas sûr d'obtenir, par ce moyen, la guérison, mais surtout parce qu'en abolissant les contractions spasmodiques, on pourrait amener la paralysie irrémédiable du mouvement volontaire.

Quoi qu'il en soit, je m'estime heureux d'avoir tenté, dans ce cas, un moyen non encore usité, que je sache, moyen pourtant très rationnel, qui a réussi, et que je recommande avec confiance à mes confrères.

NOTE SUR L'ORCHITE CHRONIQUE DOUBLE,

considérée comme cause de l'impuissance;

par M. le Dr J. VENOT père.

J'extrais des cahiers de ma Clinique à l'hôpital Saint-Jean les réflexions et Observations qui suivent, leur opportunité me paraissant démontrée par les deux cas spéciaux dont je vais présenter le sommaire historique. — Dans une longue série de cas semblables, on comprend qu'il est facile de prendre, comme points de contact et d'analogie, ceux qui, à des distances éloignées et sous des aspects divers, se rapprochent et s'identifient dans leurs traits généraux. Au surplus, l'objet essentiel de cette rapide esquisse devant être tout étiologique, c'est surtout à l'appréciation réelle d'un fait matériel que s'applique ce rappel de mes souvenirs de spécialiste, dans le but d'éclairer quelques-unes de ces questions qui, soit en physiologie pure, soit en médecine légale,

laissent trop souvent prise au doute et prédisposent à l'erreur.

Établir que l'orchite chronique annihile la vertu prolifique lorsque cette hypertrophie des glandes séminales a sévi sur l'appareil sécréteur entier, cela n'implique pas l'absolue dégénérescence du tissu. Des sujets atteints de sarcocèle attaquant les deux testicules, n'en ont pas moins excrété un sperme louable, et les exemples de fécondité chez des femmes mariées à des cancéreux de cette catégorie ne sont pas rares. Il suffit qu'un point de l'organe ne soit pas envahi pour que l'émission s'accomplisse; et si le résultat n'est pas aussi satisfaisant que dans l'état de santé complète, du moins arrive-t-il à la démonstration de l'acte fonctionnel. Pour cela, que faut-il en effet? Il faut que la circulation spermatique trouve libres et faciles quelques-unes des anastomoses de la longue filière du peloton, surtout dans les vaisseaux déjà amples et béants de l'épidydime. Mais dans le fait de plasticité de la glande, alors que la phlegmasie blennorrhagique a frappé d'inertie et d'épaississement ces organes si longs à reprendre leur tonicité, quand cette propriété vitale s'est lentement éteinte dans leur tissu; dans cet état d'obstruction des innombrables canaux où s'opère la transformation du sang en sperme, obstruction que le temps et les soins les plus attentifs n'ont pu vaincre, il est facile de comprendre l'extinction de la puissance fécondante, puisque l'élément qui la caractérise, non seulement n'arrive pas à ses fins, mais encore est tari dans sa source, ou plutôt ne peut être produit ni formé.

C'est ce qu'il m'a été donné de vérifier dans les deux cas suivants, qu'encore un coup je rattache, dans ces considérations, à d'autres faits antérieurement constatés et analogues dans leur physionomie et leurs phénomènes particuliers :

Obs. Ire. — Mardochée X., quarante-cinq ans, a eu, il y a

dix ans, une blennorrhagie sub-aiguë qui fut traitée avec peu d'exactitude et donna lieu à une double orchite. Le testicule droit gonfla d'abord, puis le gauche; l'écoulement persista. L'orchite s'effaça successivement des deux côtés; mais les épidydimes, surtout le gauche, conservèrent de la rénitence. Le malade, marchand ambulant, courait les campagnes, portant suspensoir et insouciance. Il eut, à deux ou trois reprises, de nouveaux écoulements et de nouveaux gonflements testiculaires. Cette sorte d'infirmité prit, il y a trois ans, un degré plus marqué d'excitation. Mardochée comprit la nécessité de faire un traitement. Je le vis, et le soumis aux indications réclamées par son état. Le flux urétral, quoique peu marqué, fut très rebelle aux injections et aux balsamiques; néanmoins, il cessa. Aucune érosion ni rétrécissement n'existait dans le tube pénien. Quant au scrotum contenant deux organes tuméfiés depuis longtemps, vainement soumis à toutes les onctions mercurielles et iodurées, à des applications répétées de sangsues et d'emplâtres de Vigo, etc., il a conservé son volume anormal. Il y a deux ans que cet individu, voulant se marier, vint me consulter. L'état de l'urètre me paraissant convenable, je donnai mon adhésion; mais cette union est demeurée complètement infertile, quoique la copulation arrive à son terme, ce qui contrarie vivement ce jeune ménage, soumis au régime d'un sperme séreux dans lequel très certainement le microscope le plus subtil ne découvrirait pas trace de spermatozoïdes.

Obs. II°. — A ma Clinique du 25 février dernier, se présente un individu exerçant depuis son enfance la profession de décrotteur à Toulouse. Doué d'une assez forte constitution, âgé de trente-deux ans, bien portant du reste, il doit se marier prochainement avec une domestique de son pays, *louant ses services* à une famille de Bordeaux. — Mais il est

inquiet, il a eu une jeunesse si *outrageuse!* — Habitué de l'hôpital Saint-Jacques, dans le service du Dr Faurès, il ne peut pas dire le nombre de *coulantes* qu'il y *a essuyées*. L'orchite était la terminaison familière de ses innombrables écoulements. Il se présente à nous dans l'état suivant : le scrotum est large et flasque; il semble ne contenir qu'un testicule énorme, mais non bosselé. En le palpant, on découvre comme blotti derrière lui un tubercule du volume d'une aveline, suspendu au cordon spermatique du côté droit; ce n'est autre chose que l'organe séminal de ce côté là, considérablement réduit, quoique ayant conservé sa forme normale. L'action résolutive des préparations iodurées, dont le sujet a fait un usage long et répété, a déterminé cette atrophie singulière, eu égard au développement plastique de l'autre organe. Le consultant fait remonter à trois ans cette disproportion fâcheuse. Depuis cette époque, il est privé de tout mouvement érectile et de tout désir. Devant contracter bientôt mariage, il a, à deux ou trois reprises, tenté de se mettre en rapport avec une autre femme que sa future, mais l'essai est demeuré infructueux. Il s'est marié, malgré notre avis; et dans une ou deux nouvelles visites qu'il nous a faites, il nous a confessé la pénible impuissance, que son épouse et lui espèrent pourtant voir cesser après la saison des bains de mer...*??*

Malgré la diversité de ces deux tableaux, ils ont entre eux une afférence qu'on devine. Les exemples de ce genre abondent, avec des nuances que le praticien ne manque pas de préciser. J'ai pour ma part, dans mes notes, quelques autres faits dont la conséquence définitive est l'extinction du pouvoir de se reproduire. Ces faits ont tous, je prie de le remarquer, l'orchite chronique double pour symptôme capital, car la dissemblance n'est, on le voit, qu'apparente entre les diverses situations de ce genre. Il me serait facile d'offrir des spécimens

plus contraires encore dans leur examen physique, et qui, comme considération finale, ont l'impuissance pour résultat. En 1857, un marin, fortement constitué et pourvu d'organes spermatiques en apparence normaux, me consulta pour une débilité précoce de la fonction copulative, remontant à deux ans, époque où il eut deux orchites bien caractérisées. L'érection et l'excrétion du sperme étaient quasi-nulles chez lui, malgré les nombreuses excitations auxquelles il s'était livré. Au simple aspect et au toucher, les testicules n'offraient aucune trace d'hypertrophie ni de changement de forme. Les épididymes seuls faisaient une saillie plus prononcée que d'ordinaire sur la coque ovalaire de l'organe. Inutile de dire que dix-huit mois d'un traitement rationnel n'ont fait que confirmer l'état d'infirmité de ce malheureux jeune homme (36 ans).

Dans une autre occasion, j'ai constaté l'impuissance, toujours pour cause d'orchite chronique double, ayant fractionné les deux organes malades en trois fragments séparés, simulacres de varicocèle, indurations distinctes, multiplication morbide de testicules inertes, dépourvus de douleur et de tout signe de sensibilité, même par une assez forte pression.

Quelquefois, et c'est presque l'ordinaire, l'impuissant par cause d'orchite, s'il ne peut arriver à une complète érection, est susceptible d'un certain degré de turgescence déterminant la sécrétion d'un fluide muqueux, assez abondant pour faire croire à une véritable éjaculation. Le sujet de la première observation en est un remarquable exemple : l'infertilité des rapports conjugaux a pu seule convaincre cet individu de sa pseudo-puissance prolifique.

Dans tous les cas de cette nature, comme dans ceux provenant de la désorganisation ou d'un vice congénial de structure, l'impuissance qui permet l'érection offre un adoucissement notable aux tortures morales de ces déshérités de la

vie sociale. L'erreur alors est un bienfait qu'il faut savoir colorer à leurs yeux du prestige de la vérité : diplomatie médicale, dont tout le monde comprend la bienfaisante intervention, et qui supplée à l'insuffisance des ressources trop malheureusement limitées de l'art de guérir !

Il est maintenant facile d'établir cliniquement l'énorme différence de ces faits avec ceux dont plusieurs observateurs ont dans ces derniers temps enrichi la science. Les travaux si remarquables de MM. Goubaux et Follin ont trait à des impuissances dues à la désorganisation, à différents degrés, de l'appareil sécrétoire du sperme. En étudiant avec soin les altérations qui déterminent chez les animaux l'impropriété à la fécondation, ces laborieux explorateurs ont ouvert une carrière que mon bien regrettable confrère et ami, le docteur Ernest Godard, a élargie et élucidée avec une grande autorité.

Qu'il me soit permis, à cette occasion, de rappeler tout ce que les recherches tératologiques de Godard ont dévoilé de mystères intimes, d'actes physiologiques, cachés sous les apparences de la santé générale la plus rassurante. Fort des notions d'anatomie pathologique que plusieurs de ses devanciers, et notamment M. Broca, avaient signalées, notre infatigable compatriote s'était voué à l'étude de cette intéressante spécialité avec l'ardeur qu'il mettait à toutes ses recherches, ardeur fatale qui l'a conduit prématurément au tombeau. Non content d'étudier le liquide spermatique sur le cadavre, il a fait et rapporté des analyses microscopiques sur le liquide de l'homme vivant; il a constaté l'absence des animalcules chez certains phthisiques, a démontré l'atrophie des vésicules séminales chez l'homme, comme conséquence de l'arrêt sécrétoire du sperme, et a pu constater la présence de la matière prolifique dans l'urètre peu de temps après la mort naturelle, poussant ainsi l'investigation du fait jusqu'aux dernières limites d'un examen rigoureux.

Je ferme cette parenthèse qu'un sentiment affectueux m'a fait ouvrir, mais qui n'a qu'un rapport indirect avec les considérations qui font la matière de cet article. L'impuissance dans les cas d'orchite chronique double, tel est le problème qui me les dicte; et si dans les résultats observés et tenant à cette cause, il y a parité avec les faits de cryptorchidie et d'anorchidie signalés par Godard, je ne veux pas qu'on perde de vue la dissemblance de causes produisant les mêmes effets. — Certes, dans l'Observation II citée plus haut, on peut admettre qu'à la longue le testicule atrophié s'est placé dans le cadre de l'anorchidie : peut-être ce diminutif organique disparaîtra-t-il tout à fait, et le sujet arrivera-t-il à la monorchidie. Toujours est-il qu'en établissant ce rapprochement, il faut s'en tenir à la causalité différente, et ne prendre acte que de l'infirmité logique qui traduit un même fait en l'assimilant, n'importe la source d'où il dérive.

Laissant à part ces réflexions de séméiologie, je ne puis finir cette simple note sans lui imprimer la valeur importante qu'elle acquiert au point de vue médico-légal. Que des exemples de pouvoir fécondant aient été observés et se présentent çà et là dans les circonstances qui m'occupent, il est prouvé, pour tous les expérimentateurs sérieux, que l'orchite chronique, qui a successivement atteint les deux testicules et en a obstrué les conduits, détermine un genre d'impuissance qui ne diffère en rien de celle occasionnée par les vices de conformation et les altérations de tissu des organes contenus dans le scrotum; car elle n'en rend pas moins les individus qui en sont atteints inaptes à la reproduction de l'espèce.

On comprend dès-lors à quels corollaires sociaux et humanitaires un pareil état morbide peut conduire le médecin légiste, soit dans les conseils privés, soit dans les

discussions judiciaires qui ont l'impuissance pour motif. Ces procès, si féconds en scandale, sont trop souvent à l'ordre du jour pour que le praticien qui a quelque souci de l'honneur des familles et des droits de tous, ne se livre pas à l'étude réfléchie d'un problème que lui seul peut résoudre et juger.

L'appréciation des causes de cette fâcheuse situation ne doit donc pas s'arrêter aux dégénérescences organiques compromettant la santé générale et souvent la vie des individus; elle doit mentionner encore les causes d'impossibilité fonctionnelle tenant à des changements d'état purement locaux, et coexistant avec toutes les conditions d'une physiologie satisfaisante. Là surtout se trouve l'écueil, là se rencontrent les éléments d'une controverse que peut entretenir et alimenter la soif inextinguible des intérêts matériels, si souvent opposée aux nobles inspirations de la justice et de la vérité.

La Chromhidrose a été si fort controversée dans ces derniers temps, puisqu'on la même niée, qu'il devient important de consigner les cas nouveaux qui se présentent. On ne saurait trop venir en aide aux efforts qu'a faits M. le Dr Leroy de Méricourt pour la faire admettre. C'est pourquoi nous publions le cas qui a été présenté à la Société de médecine de Gand, avec le rapport de la Commission qui s'en est suivi. Sans nous préoccuper de savoir s'il ne vaudrait pas mieux accepter, pour cette affection, le nom de *Melosthearrée,* que notre confrère M. E. Gintrac croit devoir lui assigner, et qui nous paraît mieux convenir, nous publions sous son titre le fait dont il s'agit.

Observation *d'un cas de Chromhidrose, par M. le docteur* Coppée, *membre résidant.*

Le 26 octobre 1863, j'avais été visiter avec M. le docteur de Meelemester, de Nevele, une malade demeurant à Vosselaere,

lorsqu'en retournant il m'engagea à aller voir un cas très intéressant qui se trouvait dans le voisinage. Ce qu'il m'en dit (je le rapporterai tout à l'heure) était bien fait pour exciter ma curiosité. La malade est une jeune fille de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatique et d'une grande susceptibilité nerveuse. Son caractère est craintif et inquiet. Ses parents sont des fermiers aisés. Elle n'était pas prévenue de notre visite. En la voyant, je fus frappé de rencontrer chez elle le plus bel exemple de chromhidrose qu'on puisse voir. La surface cutanée des quatre paupières est d'un noir foncé, non luisant. Les paupières, ni les yeux n'offrent de traces d'aucune autre altération. Mon confrère me dit que cette coloration noire l'avait intrigué aussi, mais que peut-être ce n'était pas là la plus grande bizarrerie que présentait sa malade. Quand je demandai à la jeune fille depuis quand et comment elle avait gagné cette coloration noire des paupières, elle me dit que cette couleur noire avait apparu, pour la première fois, vers le milieu du mois d'août 1861, qu'elle avait persisté pendant six semaines, et qu'en même temps il existait alors une tache noire à l'épigastre. Depuis lors, cette coloration des paupières a reparu et disparu à cinq ou six reprises différentes. D'ordinaire elle restait pendant trois, quatre, cinq jours; une seule fois, elle a persisté pendant onze jours. Cette fois-ci, elle a apparu vers le milieu du mois de mai 1863, et elle existe encore actuellement (24 janvier 1864). Au début, me dit-elle, cette singulière coloration des paupières l'a beaucoup affectée; mais aujourd'hui elle et sa famille y sont habituées, et elle a fini par n'y plus faire attention. Du reste, ajoute-t-elle, je suis à l'abri de toute curiosité indiscrète, car, depuis trois ans, je ne puis plus quitter la maison. Elle ignore si la coloration est plus prononcée à l'époque de ses règles. Sur mes indications, mon confrère lava les paupières de la jeune fille avec un linge trempé d'huile (17 novembre 1863), et parvint ainsi à enlever toute la matière colorante. La jeune fille fut émerveillée de ce résultat, et elle n'eut rien de plus empressé que d'apprendre cette bonne nouvelle à ses parents. Mon confrère ne la perdit pas de vue un seul instant, et, au bout de trois quarts d'heure, la couleur noire

revint; ce qui désappointa singulièrement la malade. Depuis qu'elle connaît le moyen d'enlever la substance colorante noire, elle se lotionne de temps en temps les paupières avec un linge trempé d'huile; mais chaque fois, en moins de deux heures, la coloration noire est aussi prononcée qu'auparavant. Je ferai remarquer que dans les alentours il n'existe pas, et il n'a pas existé un seul cas analogue, et la malade dit elle-même qu'elle n'a jamais entendu parler de la bizarre affection dont elle est atteinte.

Mon confrère, de Nevele, a visité bien des fois la malade depuis le mois de mai 1863 jusqu'au 24 janvier 1864, et souvent à l'improviste, et chaque fois il a trouvé les paupières de la jeune fille teintes en noir. Du reste, si quelqu'un voulait s'assurer par lui-même du fait, je ne doute pas que mon confrère, de Nevele, ne s'empressât de le lui faire voir. Ce cas de chromhidrose me paraît donc bien établi.

Je demandai à mon confrère des renseignements sur les maladies antérieures de cette jeune fille, et voici ce qu'il me raconta: Elle a été bien portante, jusque vers l'âge de onze ans; à cette époque de sa vie, est survenue une carie de deux gros orteils. Elle a été réglée à quatorze ans, mais presque en même temps elle a été atteinte d'une tumeur blanche du genou droit. A l'âge de vingt-trois ans son genou s'est abcédé, et différents trajets fistuleux se sont fait jour. Actuellement le genou est tuméfié et déformé, la rotule est devenue immobile, et il y a rétraction de la jambe droite. Les menstrues, avons-nous dit, ont apparu à quatorze ans, mais de dix-sept à dix-neuf ans, il y a eu une aménorrhée complète. A vingt ans la jeune fille a été frappée d'une aphonie qui a duré vingt mois; à vingt-deux ans et demi, elle est devenue amaurotique, et la cécité a persisté pendant neuf mois; en même temps l'aphonie a reparu pendant trois mois. Lorsqu'elle était atteinte de cécité, elle ne vivait que de pommes crues et de fruits verts; quand elle prenait d'autres aliments, elle les vomissait. A vingt-quatre ans, elle a commencé à souffrir de vomissements aqueux, qui, suivant elle, revenaient à chaque pleine lune. Ces vomissements ne coïncidaient pas avec l'apparition des règles,

car elle a été réglée pendant les intervalles. Un jour, par curiosité, mon confrère lui administra du sulfate de quinine à l'approche de la pleine lune; les vomissements, dit-elle, ne vinrent pas, mais furent remplacés par un écoulement aqueux par le vagin. A vingt-cinq ans, elle a été affectée d'une descente de la matrice, pour laquelle elle porte une vessie à tampon. La descente ne constitue qu'un premier degré d'abaissement de l'organe, et il y a en même temps une légère antéflexion. Le 7 septembre 1862, après de longues douleurs abdominales et des pertes utérines prolongées, la malade a rendu un premier polype par le vagin. Il avait le volume d'un poing, et il présentait la couleur et la texture d'un rein. Depuis ce moment jusqu'à ce jour, elle a encore quitté dix polypes ou portions de polype. Au milieu de cet état de souffrance presque continuelle, la malade a été en proie à toute une série d'accidents nerveux et à des accès d'hystérie très fréquents. Actuellement elle est mal réglée, et, depuis quelques semaines, elle présente des accès d'hystérie épileptiforme.

Quand j'ai vu la jeune fille, je l'ai trouvée dans un état de chloro-anémie très prononcée, la peau offrait une teinte d'un blanc de cire, le pouls était petit, accéléré, et la respiration précipitée.

M. le docteur Leroy de Méricourt a publié tout récemment une monographie de la chromhidrose ou chromocrinie. Depuis les recherches faites par cet auteur, qui rapporte vingt-huit observations, dont la plupart sont à l'abri de la critique, cette singulière maladie ne peut plus être révoquée en doute. Presque toutes ces observations ont trait à des jeunes filles ou à des jeunes femmes mal réglées. De là, on a cru voir une liaison entre la dysménorrhée et la chromhidrose. Mais depuis, M. Leroy de Méricourt a cité deux exemples de chromhidrose chez l'homme. Cette maladie paraît être relativement commune à Brest. En Belgique, à ce que je sache, il n'a été question jusqu'ici que d'un seul cas de chromhidrose, c'est celui publié par M. le professeur Spring (14 août 1861); encore ce savant professeur le tient-il pour un cas simulé. C'est la rareté du fait qui m'a engagé à publier cette observation.

RAPPORT SUR LE CAS DE CHROMHIDROSE.

Commission : MM. De Neffe.
Poirier.
Ieggels, *rapporteur.*

Messieurs,

Nous nous sommes rendus jeudi dernier, 25 février, à Vosselaere pour remplir la mission dont vous nous avez fait l'honneur de nous charger. Nous n'étions que deux, M. Poirier et moi, M. de Neffe ayant été retenu à la Maternité par des occupations pressantes. A notre arrivée dans cette commune, nous trouvâmes M. le docteur de Meulemeester, qui se mit à notre disposition avec une obligeance parfaite.

Nous nous rendîmes immédiatement auprès de la malade atteinte de chromhidrose. La coloration des paupières, qui n'était pas d'un noir d'ébène, mais plutôt d'un noir bleuâtre, ardoisé, était très marquée et ressortait d'autant plus sur la teinte du reste de la peau du visage, que celle-ci était d'un blanc mat. Cette coloration occupait le moins d'étendue aux paupières supérieures, où elle s'arrêtait assez brusquement en haut par un contour irrégulier, frangé, au niveau de l'angle rentrant formé par le globe oculaire et le rebord orbitaire. Aux paupières inférieures, elle s'étendait jusqu'au rebord orbitaire, où elle allait en s'affaiblissant par des dégradations successives, pour disparaître complètement sur les joues. La couche colorante était si peu épaisse qu'elle paraissait, pour ainsi dire, placée sous l'épiderme. Aussi l'aspect des paupières ressemblait à s'y méprendre à celui que présentent les yeux ecchimosés. La peau n'était ni luisante ni onctueuse; la teinte en était assez uniforme; seulement à la loupe on découvrait quelques granulations noires disséminées çà et là. Ni les cils ni les sourcils n'étaient agglutinés et ne contenaient aucune substance pulvérulente.

Par des frictions avec le doigt et avec un linge blanc, mais sec, nous ne détachâmes pas la moindre parcelle appréciable de ma-

tière colorante. Il est vrai que nous n'insistâmes pas trop sur ces frictions, parce qu'elles avaient pour conséquence immédiate de dilater outre mesure la pupille correspondante et de troubler fortement la vision. Du moment que nous employâmes un linge huilé, la couleur noire s'enleva comme par enchantement. Elle se déposa sur la toile sous la forme d'une tache violette, constituée par des corpuscules granuleux, qu'on distinguait à la loupe. Ce linge a été remis le samedi 27 février à M. le professeur Poelman, qui s'est chargé d'en faire l'examen microscopique. — Nous avions aussi recueilli la même matière sur un morceau de papier huilé. Chose assez digne de remarque, ce papier avait perdu toute trace de coloration quand il fut remis à M. Poelman. Cependant, il avait été plié en plusieurs doubles, enveloppé dans un second papier et placé ensuite dans un portefeuille. La tache du linge, conservé tout à fait dans les mêmes conditions, n'avait subi aucune altération.

Après que nous eûmes nettoyé les quatre paupières, nous couvrîmes l'inférieure du côté gauche d'une couche de collodion, et nous attendîmes ce qui allait se passer. Pas un de nous ne quitta la chambre ni ne perdit la fille de vue. Après une demi-heure d'attente, les paupières avaient contracté une teinte assez foncée; après trois quarts d'heure, elles étaient redevenues manifestement noir ardoisé sous le collodion, comme partout ailleurs. Tout annonçait que quelques heures de plus auraient suffi pour rendre à ces organes la teinte qu'ils avaient avant que nous les eussions nettoyés.

Cette jeune fille portait à l'hypogastre, immédiatement au-dessus des poils pubiens, un peu à droite de la ligne médiane, deux taches noires, à bords frangés, de la grandeur d'une pièce de cinq francs chacune et probablement constituées par la même matière, qui teignait les paupières. Nous n'avons pas pu nous assurer si la substance colorante de ces taches s'enlevait par l'huile, parce que dans l'espace, qu'elles circonscrivaient, la peau était tellement hyperesthésiée, qu'au moindre contact la malade jetait des cris de douleur. Cette sensibilité extraordinaire se délimitait nettement par les bords des taches. La jeune fille nous dit qu'autrefois cette coloration noire avait occupé presque toute la

peau de l'abdomen, qu'elle avait disparu spontanément, pour reparaître plus tard. Cette coloration aurait coïncidé souvent avec l'évacuation par le vagin de corps charnus, assez volumineux, semblables à celui qu'elle avait expulsé précisément la veille. Celui-ci était le onzième depuis deux ans et demi. A première vue, nous avons cru y reconnaître un caillot fibrineux; nous l'avons emporté pour le soumettre à l'examen de M. Poelman. L'évacuation de ces masses charnues s'accompagnait généralement de douleurs intenses dans les lombes et le bas-ventre. La menstruation est en général irrégulière.

Cette jeune fille présente encore diverses autres particularités pathologiques, dont M. Coppée nous a déjà donné un résumé succinct dans la précédente séance.

Il ne nous appartient pas de les détailler ici; ce serait empiéter sur les droits de M. le docteur de Meulemeester, qui voudra bien (nous l'espérons) vous communiquer l'historique complet de ce cas si intéressant.

D'après le simple récit que nous venons de vous faire, Messieurs, nous croyons inutile d'insister sur l'importance que présente l'observation communiquée par M. Coppée. Nous croyons que fort peu de faits ont été soumis à l'appréciation du public médical avec des garanties plus nombreuses et plus complètes.

Discussion sur la Vaccine à l'Academie de Médecine.

Depuis cinq mois (16 nov. 1865) que ce sujet a été entamé devant le premier corps médical de France, nous nous sommes abstenus d'en entretenir nos lecteurs. Frappés comme par un coup de foudre par cette proposition qu'on a appelée *révolutionnaire : la* VACCINE N'EXISTE PAS, nous doutions si, pendant une longue vie médicale, nous avions rêvé lorsque nous constations une marche, des phénomènes, d'une éruption que nous étions le maître de produire en nous adressant toutefois à une même source. — Certes, nous connaissions la variole pour l'avoir longtemps observée, et même quelquefois et malheureusement à l'état épidémique, et jamais il ne nous était venu à l'idée de la confondre, de la com-

parer même à la vaccine. Nous avions bien constaté une sorte d'antagonisme entre ces deux affections; mais de là à conclure à leur identité, il y avait pour nous un abîme.

Nous étions donc attentifs à ce qui allait se dire pour prouver que le virus vaccin n'existe pas et *qu'il faut recourir aux anciennes doctrines de l'inoculation*. La discussion fermée (5 avril 1864), que reste-t-il de ce brillant tournois? — De forts beaux discours ont été prononcés, souvent animés de questions personnelles, mais assurément il n'était pas besoin de passionner le débat pour en arriver à ce résultat : que la vaccine doit toujours jouir du même privilége prophylactique de la variole, qu'on ne saurait sans de graves dangers lui substituer l'inoculation, et que rien enfin n'est changé à la pratique d'une des plus belles découvertes du siècle passé. Ce débat aurait pu tout au plus fournir des armes aux détracteurs du virus Jennérien, en jetant des doutes sur son existence tout à fait à part.

Mais tant de séances, consacrées à entendre tant d'orateurs, n'auront-elles donc laissé après elles rien d'utile? Ne sont-ce là que *Verba et voces prœtereaque nihil?* Nous n'irions pas jusque-là. Nous serions injustes d'abord envers M. Depaul, si nous ne reconnaissions pas que, par rapport à l'origine du vaccin, il l'a établi sur sa véritable base. Bien que déjà Jenner ait entrevu cette vérité; que M. Lafosse l'ait appuyée par l'inoculation de la maladie du cheval, à Toulouse, et que M. Boulay, à son tour, en inoculant à Alfort ce qu'il a plus tard, à bon droit, appelé *horse-pox,* ait plus que frayé la voie à cette découverte, la démonstration la plus rigoureuse de la véritable origine du vaccin n'en sera pas moins due à M. Depaul. — Qu'y a-t-il donc de changé dans l'histoire générale de la vaccine? De très savants confrères ont établi d'une manière irréfragable que la variole et la vaccine constituent deux affections qui, malgré leurs traits de ressemblance, étaient virtuellement différentes. Et ce qui était dans la conscience médicale d'une manière tacite, y a été imprimé d'une manière tout à fait rationnelle. Les efforts de M. Depaul et tout son talent d'exposition n'ont pu amener l'Académie à adopter l'identité de la variole et du vaccin.

Ce qui a lieu d'étonner, c'est que des orateurs aient été obligés de tracer un tableau comparatif des deux affections. Étiologie, fièvre, état graphique de la pustule, sa constitution anatomique, sa marche, son pronostic, tout ce qui enfin constitue une différence de nature a été invoqué, et la différence de la variole et de la vaccine a été assise sur des bases inébranlables.

Constatons toutefois que si la logique semblait devoir amener M. Depaul jusqu'à recommander le retour à l'inoculation, son sens médical l'a arrêté à temps, et que, comme nous tous, c'est à la vaccine qu'il continuera de recourir comme prophylactique de la variole.

Il était difficile qu'une discussion si longue et qui touchait à tant de points, qui comprenait et la médecine comparée et la pathologie générale, ne mît en présence les deux écoles qui se partagent et peut-être se partageront toujours les esprits; que l'école positiviste et l'école philosophique ne se trouvassent en présence. Ainsi en a-t-il été, et l'Académie gardera le souvenir du beau discours de M. J. Guérin, défendant les droits de la méthode philosophique; elle se rappellera aussi la persévérance, l'opiniâtreté de doctrine de M. Piorry, qui, jaloux de se voir disputer le monopole du paradoxe, va jusqu'à nier que la variole soit une maladie une, soutenant qu'elle tient à plusieurs affections fort différentes entre elles.

De tous ces efforts qu'on aurait pu croire dirigés contre la vaccine, qu'aura-t-il résulté en définitive? Un grand bien pour la société. Il semblait qu'on eût à redouter l'affaiblissement de l'action préservatrice du vaccin. Quant à nous, nous n'avions pas cette crainte. Il suffit que cette croyance tendît à s'accréditer, pour que nous regardions comme un bienfait la possibilité de régénérer le *cowpox*. On le trouvait de plus en plus rarement sur la vache; aujourd'hui, avec l'assurance que le *horse-pox* passe avec facilité sur les mamelles de la vache, aujourd'hui que l'on sait que le virus équin, que l'on se procure facilement, transporté sur la vache, donne d'excellentes pustules vaccinales, la vaccine recouvrera toute sa première puissance. Dans tous les cas, les médecins seront heureux d'avoir une double source de vaccin;

et en recourant le plus possible à ce moyen, on conjurerait un danger qu'on a signalé dans ces derniers temps : la transmission d'une maladie contagieuse de l'homme.

Félicitons donc, en terminant ce rapide coup d'œil, tous ces vaillants champions, et surtout MM. Depaul, Boulay, Busquet et J. Guérin, qui ont soutenu cette brillante lutte devant l'Académie de Médecine. C.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Corps étrangers dans l'urètre; moyen de l'extraire. — A la Société de Médecine de Lyon, séance du 11 janvier, M. Delore montre une épingle, longue de sept centimètres, qu'il a extraite de l'urètre d'un homme de quarante-cinq ans. La tête, en acier comme la tige, était dans la région prostatique, et la pointe près du bulbe. Il fut très difficile d'amener avec une pince à deux branches la pointe jusqu'à l'angle pneumo-scrotal. M. Delore, plaçant alors un doigt en arrière de la tête, perfora le canal de l'urètre de dedans en dehors, fit sortir rapidement l'aiguille jusqu'à la tête, qu'il fit ensuite basculer; il fut alors très facile d'achever l'extraction en refoulant la tête vers le méat au moyen de sa tige. Ce procédé, qui avait été déjà employé par M. Desgranges, peut s'appeler, suivant l'expression de M. Bouchacourt, *procédé de la version.* Les suites furent très simples. Il faut convenir que ce moyen est très ingénieux.

M. Desgranges a, en effet, conservé par ce procédé une épingle à tête de verre, à pointe acérée. La tête était au niveau du bulbe. Après avoir perforé le canal, il fit basculer l'épingle, dont l'extraction devint dès lors facile. On conçoit qu'il ne doive point y avoir d'accident consécutif.

Propriétés fébrifuges du saule blanc. — D'accord avec une tradition populaire dont la source remonte à la plus haute antiquité, presque tous nos traités de botanique médicale placent l'écorce du saule blanc au premier rang des succédanés du quinquina. Nous connaissons les doutes un peu dédaigneux que M. Trousseau a formulés à ce sujet; mais, depuis le jour où cet illustre maître fit le procès à tant d'obser-

vateurs, les expériences ont été reprises, et nous croyons que les résultats obtenus ne laissent plus de place à l'incrédulité.

Il ne peut s'agir de disputer au quinquina la suprématie qu'il mérite si bien et qu'il conservera pour le traitement des *fièvres pernicieuses*. Tous les praticiens qui ont utilisé l'écorce du saule blanc en limitent l'emploi contre les *fièvres intermittentes ordinaires*. Le type tierce cède plus aisément que le type quotidien et quarte, par la raison que les fièvres printanières guérissent plus tôt que les fièvres automnales. Selon M. Cazin, dont nous aimons à invoquer l'imposant témoignage, dans les premières, 8 grammes de poudre d'écorce de saule administrés pendant l'intermission suffisent pour obtenir la guérison, au bout de trois à quatre jours, avec la précaution d'en continuer l'usage pendant huit à quinze jours, pour empêcher la récidive. Dans les quotidiennes, la dose doit être portée à 30, 40 et même 80 grammes par jour, divisés en cinq ou six prises, pour chaque intervalle d'accès. La décoction et le vin qu'il fait préparer sont très concentrés. Du reste, M. Cazin suit la pratique qui était familière à Sydenham pour l'administration du quinquina.

Dans les *fièvres automnales rebelles*, avec bouffissure et engorgement de la rate, on se trouvera bien de l'addition de sel commun à l'écorce de saule, dans la proportion de 1 gramme pour 5 ou 6 grammes de cette écorce, administrés trois ou quatre fois dans l'intervalle des accès, ou bien du vin concentré de saule et d'absinthe, avec addition de cendre de genêt ou de genévrier. Nous recommandons surtout la formule suivante de Bouillon-Lagrange :

℞ Écorce de saule blanc........	30 grammes.
Racine de benoîte............	(30 grammes.)
Faites bouillir dans :	
Eau........................	750 —
Faites réduire à.............	400 —
Ajoutez :	
Hydrochlorate d'ammoniaque..	1 à 2 —
Sirop d'écorce d'orange.......	30 —

A donner en deux fois au malade, à une heure de distance.

L'écorce de saule blanc n'est pas seulement un moyen curatif des fièvres intermittentes. Par l'usage habituel, au printemps et en automne, de la décoction ou de l'infusion à froid d'écorce fraîche, les

habitants de quelques contrées marécageuses ont été préservés de l'intoxication paludéenne.

Il nous serait facile de multiplier les citations et de placer sous le patronage de plusieurs générations médicales le végétal que nous rappelons à l'attention des praticiens. Contentons-nous de faire remarquer que le saule abonde en ce pays, qu'il ne coûte rien aux malades pauvres, et que le quinquina prélève un rude impôt sur les populations les plus déshéritées.

On peut étendre l'usage de l'écorce de saule aux *diarrhées chroniques*, aux *leucorrhées*, aux gastralgies. A l'extérieur, la décoction ou la poudre s'emploient contre les *ulcères atoniques* ou *fongueux*, contre la gangrène et la pourriture d'hôpital. « In gangræna a decubitu, et » bubonibus gangræ nosis, magnæ efficaciæ esse usum externum de- » cocti foliorum, autcorticis salicis albæ, certo novi. » (Stoll. *Ratio medendi*, pars tertia, p. 229.)

Voici les préparations qu'on fait subir à l'écorce du saule blanc :

1° Décoction. — 30 à 60 grammes par kilogramme d'eau.

2° Poudre. — 8 à 30 grammes, en électuaire, ou dans du vin, de la bière, etc., etc.

3° Teinture. — De 10 à 30 grammes en potion.

4° A l'extérieur. — Décoction pour lotions, fomentations, injections, gargarismes et cataplasmes. *(France médicale.)*

Cicatrisation des plaies. — M. le docteur Maurice Guyon, d'Ussel (Corrèze), emploie, pour hâter la cicatrisation des plaies et les préserver de toute complication fâcheuse, les carbonates de chaux en poudre, tels que blanc d'Espagne, craie ordinaire, poudre d'écaille d'huîtres, terre de pipe, etc., enfin celui que l'on a sous la main, dont on soupoudre les plaies avec une boîte dont le couvercle est percé de petits trous, comme une boîte de poudre à sucre; la couche doit être assez épaisse, de 4 à 5 millimètres. Avec la suppuration de la plaie ou la lymphe qui en découle, si la plaie est récente, cette poudre forme une croûte, qui la met à l'abri du contact de l'air, y adhère sans autres pièces d'appareil, et protége la cicatrisation qui se fait très rapidement au dessous. Je donne la préférence aux carbonates de chaux, parce qu'ils n'ont aucune action caustique et qu'ils ne sont pas susceptibles de fermenter comme les autres poudres végétales.

Dans le cas où la plaie aurait un mauvais aspect ou serait le siége de résorption purulente, une couche de chlorure de sodium, de sel

ordinaire, de l'épaisseur d'un millimètre seulement, et recouverte d'une couche beaucoup plus épaisse de carbonate de chaux, fait dégorger la plaie et y ramène une réaction franche.

Il n'y a pas le plus petit danger dans l'emploi de ces moyens : et que d'avantages ! quelle simplicité et quelle économie dans les pansements ! quelle rapidité dans la guérison ! Et, par-dessus tout, assainissement dans les hôpitaux ; car, pour assainir les hôpitaux, il faut assainir les pansements ; toute la question est là.

La poudre de carbonate de chaux, en absorbant la suppuration, l'empêche de fermenter, parce qu'il n'est pas lui-même susceptible de fermentation, et la croûte qui se forme de manière à mettre la plaie à l'abri du contact de l'air fait diminuer tous les jours la suppuration : donc, c'est le seul moyen d'assainir les pansements. *(Abeille médicale.)*

Lésion traumatique de l'avant-bras chez les jeunes enfants. — Cette lésion n'est pas approuvée par tous les chirurgiens de la même manière. — Dans la séance du 27 janvier 1864 de la Société de Chirurgie, M. Verneuil a fait à ce sujet la communication suivante, que nous croyons devoir reproduire :

« Dans la séance du 16 octobre 1861, notre savant collègue M. Goyrand (d'Aix) nous a communiqué le résultat de ses longues études sur une lésion de l'avant-bras très commune chez les enfants, lésion que tout le monde a observée et observera, mais qui, par une singulière exception, à une époque où le diagnostic anatomique est poussé si loin, n'est point encore localisée, et manque même d'une dénomination précise.

» Je fais allusion à cette affection douloureuse née subitement à la suite d'une traction brusque exercée sur le poignet des jeunes enfants, et qui est symptomatiquement caractérisée par la perte des mouvements de la main et de l'avant-bras, avec flexion de ce dernier, pronation permanente, chute de la main, etc.

» Aux diverses théories proposées déjà pour expliquer ces symptômes, M. Goyrand en ajoutait une nouvelle. Pour lui, le siége du mal était l'articulation inférieure du cubitus ; la cause anatomique était un déplacement du cartilage triangulaire cubito-radial. Le traitement consistait dans une manœuvre destinée à produire la supination forcée, et ce mouvement, qui donne lieu à un claquement subit, amène une guérison immédiate.

» Comme la plupart d'entre vous, à cette époque, j'élevai quelques

doutes sur la théorie de M. Goyrand; mais comme cet honorable confrère nous conviait à de nouvelles recherches, je me promis à la prochaine occasion de vérifier l'hypothèse nouvelle.

» Malgré la fréquence de cet accident, c'est seulement dans ces derniers jours que j'en ai pu rencontrer un nouvel exemple.

» Obs. — Le 2 janvier 1864, un enfant de dix mois était assis par terre, à quelque distance de son berceau. Sa mère, le prenant par la main, le fit glisser sur le parquet jusqu'à elle; puis, le saisissant par le poignet gauche, l'enleva brusquement et le déposa sur son lit.

» L'enfant accusa aussitôt une vive douleur, et cria beaucoup pendant qu'on le déshabillait. Les vêtements enlevés, on vit que le bras gauche était immobile et pendant, et que chaque mouvement communiqué amenait une recrudescence de cris. La nuit fut agitée

» Le lendemain, les symptômes continuèrent; le bras était inerte. La main, en pronation et fléchie comme s'il y avait paralysie des extenseurs, était impuissante à saisir les objets. Les mouvements provoqués étant toujours douloureux, l'usage d'une écharpe procura du soulagement.

» L'enfant ne me fut montré que le 4 janvier, près de quarante heures après l'accident. Il ne criait plus, mais le membre était dans le même état, dans la même attitude qu'au début. L'exploration du coude, faite avec le plus grand soin, est douloureuse, mais ne révèle aucune lésion, aucun déplacement; rien à l'avant-bras, au bras ni à l'épaule. Je porte alors toute mon attention sur l'articulation du poignet, qui à la vue n'offre rien d'anormal. Ici encore le toucher et la mobilisation font crier l'enfant; les mouvements de flexion, d'extension, de latéralité, s'exécutent sur toute l'étendue physiologique. Je me mets en devoir de produire la supination forcée, et je place en même temps le pouce et l'index de la main gauche sur l'extrémité inférieure du cubitus. Ici les cris de l'enfant redoublent; la pronation et la supination moyenne s'exécutent sans peine; mais en arrivant aux limites de ce dernier mouvement, je rencontre un peu de résistance; puis subitement, sous les doigts de ma main gauche placés comme je l'ai dit plus haut, je perçois un petit claquement sec, et aussitôt j'obtiens la supination extrême.

» Je répète plusieurs fois la même manœuvre; mais à partir de la première, je ne retrouve plus d'obstacle.

» L'enfant criait toujours, de sorte que je ne pus savoir si, comme M. Goyrand l'annonce, la guérison était immédiate. Je fais maintenir

l'avant-bras dans la supination forcée au moyen d'une attelle de carton placée sur la face dorsale du membre et maintenue par quelques tours de bande.

» L'enfant se calme, et bientôt il donne des preuves de l'efficacité du traitement; en effet, il se met à agiter son membre de telle façon qu'au bout de quelques heures son petit appareil était tout à fait dérangé. La mère ôte dans la soirée l'attelle et la bande et constate que tous les mouvements volontaires sont rétablis et s'exécutent sans douleur. Le lendemain, à la visite, je m'assure à mon tour que l'accident n'a pas laissé de traces.

» Veuillez remarquer, Messieurs, que la communication de M. Goyrand renferme trois points distincts : 1° une théorie anatomique, la luxation du cartilage; 2° une localisation précise, l'articulation cubitale inférieure; 3° enfin une manœuvre thérapeutique simple, prompte et capable, suivant l'auteur, d'amener une guérison instantanée. Je ne veux rien dire de la théorie, et je ne saurais avec un fait ni l'infirmer ni l'étayer.

» Mais l'intérêt clinique reste tout entier. Il me paraît évident, en effet, que dans l'observation précédente la lésion siégeait au niveau de l'articulation inférieure du cubitus. Le signe indiqué par M. Goyrand n'était pas moins facile à percevoir. Enfin, l'action de porter la main en supination forcée a suffi pour mettre un terme à des accidents qui dataient de près de deux jours et qui n'avaient aucune tendance à disparaître.

Il restera toujours acquis que le procédé de M. Goyrand peut abréger beaucoup la durée d'une affection légère à la vérité, mais qui inquiète toujours le chirurgien et les parents.

M. Giraldès. Dans sa communication de l'année dernière, M. Goyrand cherchait à démontrer que le désordre décrit par M. Verneuil était produit par une luxation du cartilage triangulaire du poignet. Au nom de l'anatomie, je m'inscrivis en faux contre cette manière de voir et je me promis de ne négliger aucune occasion de contrôler mes prévisions par l'observation clinique. Celle-ci ne m'a pas fait défaut dans mon service de l'hôpital des Enfants, et j'ai pu me convaincre, dans nombre de cas, que les idées de M. Goyrand n'avaient pas la sanction des faits. La manœuvre que je pratique et qui consiste à porter l'avant-bras dans la supination exagérée et ensuite dans la flexion forcée, réussit aussi bien que celle que conseille M. Goyrand, et j'ajouterai même qu'on sent très bien, quand la flexion s'achève, un léger mou-

vement qui s'effectue à la partie supérieure externe de l'avant-bras.

» *M. Verneuil.* Je n'ai voulu apporter aucun appoint à la théorie anatomique de M. Goyrand; mais en présence d'un fait clinique très précis, j'ai pensé qu'il y avait lieu de le faire intervenir dans l'examen d'une question qui prête à la controverse et qui est encore loin d'une solution définitive; or, j'ai très nettement perçu une crépitation qui se produisait sous mon doigt appliqué sur le poignet, au moment de la réduction. Cette constation positive ne saurait être sans valeur.

» *M. Marjolin.* Tous les faits que j'ai observés depuis un an à l'hôpital Sainte-Eugénie me semblent plaider en faveur des idées qui viennent d'être énoncées par M. Giraldès. C'est bien, comme il l'a dit, au niveau de la tête du radius qu'on sent la crépitation ou le craquement qui accompagne la réduction. Cette crépitation se propage le long du membre, peut être perçue assez loin de son origine, et a pu induire en erreur des observateurs non prévenus. Au reste, j'ai recueilli un certain nombre d'observations, et je les communiquerai à la Société si la discussion se prolonge.

» *M. Chassaignac.* Depuis un an, j'ai suivi avec soin les faits qui se sont présentés à mon observation; j'ai soumis tous les enfants que j'ai vus au mouvement de réduction indiqué par M. Goyrand, et j'ai vu que ce mouvement n'annonçait pas la cessation des symptômes, qui d'ailleurs vont s'affaiblissant pour disparaître au bout de quelques jours. Je les considère comme appartenant à une paralysie incomplète. Il ne faut pas conclure de la crépitation à une luxation; toutes les articulations peuvent produire une crépitation plus ou moins forte quand on leur fait exécuter certains mouvements.

» *M. Marjolin.* Neuf fois sur dix la réduction fait cesser toute douleur et restitue les mouvements. Il ne faut pas s'en laisser imposer par la frayeur difficile à vaincre des petits malades, qui ont peur de souffrir encore dès qu'on fait un geste pour saisir leur bras. Si la guérison s'opère assez souvent spontanément, il est rationnel de supposer que le malade lui-même ou ses parents auront involontairement réduit un déplacement qui n'offre que peu de résistance. Ces cas-là sont évidemment différents de ceux qu'a observés M. Chassaignac, et qu'il rapporte à une paralysie.

» *M. Chassaignac.* Une luxation qui se réduirait si souvent spontatément, qui guérirait toujours, quel que fût le traitement institué, serait une luxation bien spéciale et bien exceptionnelle, à tel point

que jusqu'ici je me suis refusé à considérer ces désordres comme produits par un déplacement articulaire.

(Gazette des hopitaux civils et militaires.)

VARIÉTÉS.

Appel à la sympathie médicale.

Un médecin aussi intéressant par ses malheurs que par ses talents et son honorabilité, a fait appel à nos sentiments de mutualité et de solidarité pour chercher les moyens de publier un ouvrage dont il est l'auteur, et dont son défaut de fortune ne lui permet pas de faire les frais d'impression. Ce très-honorable médecin est M. le docteur Dumont (de Monteux), qui, dans un ouvrage intitulé : *Testament médical,* a fait le récit de la névropathie cruelle dont il subit les atteintes depuis un grand nombre d'années, et qui prit son origine dans le dévouement professionnel de ce digne confrère pendant la terrible épidémie cholérique de 1832. Ce qu'est cet ouvrage, sa nature, son caractère, son but, nul ne pourra mieux le dire que l'auteur lui-même, dont nous devons citer les passages suivants de sa préface :

« J'ai cru qu'en racontant mes propres misères, je plaiderais pour celles de mes analogues; et, saisi des ardeurs d'un apôtre, j'ai sué sang et eau, pendant bien des années, pour élever le monument médico-social que j'expose..... Ces vérités, je les ai mises sous la forme du drame, afin de leur conserver, autant que possible, le caractère et les allures qui lui sont propres. Je les ai déployées selon l'ordre des temps, selon les lieux et d'après les circonstances qu'elles avaient fait naître. Décors, costumes, acteurs, tout est photographié sur nature; les caprices de l'invention n'y interviennent jamais : c'est une *pièce* qui n'a pas été composée, mais presque *décalquée* de mon appareil nerveux sur le papier qui constitue ces pages..... Chaque fois que j'ai fait rencontre d'un malade de mon espèce, j'ai vu dans ce malade ami, un *client,* l'un de mes ménechmes, enfin, et je me suis dit : « Un moment viendra, peut-être, où je pourrai élever la voix pour sa défense, et cet espoir a soulagé mon âme!..... » Ce moment est venu et j'en remercie la Providence!..... »

A cette exposition touchante nous n'ajouterons que quelques mots.

Le manuscrit du *Testament médical,* adressé à l'Académie impériale de médecine, a été le sujet d'un rapport étendu et très-favorable fait par M. le docteur Bally, le vénérable Nestor de cette Société savante. A l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, sous la présidence de M. Sauzet, M. le docteur Théodore Perrin a également fait un raport remarquable qui se termine par le passage suivant :

« Nous nous associons, de tout cœur, à ces intermédiaires zélés qui ont déterminé cette publication, bien propre à fournir de nouvelles lumières à la connaissance de l'homme, et qui enrichira, nous en sommes assuré, la littérature médicale à l'égal de ce qu'elle contient de précieux ou de plus remarquable. »

C'est donc sous les auspices de ces illustres Compagnies savantes, et avec l'appui de ces documents académiques qui seront d'ailleurs publiés en tête du volume, que nous venons solliciter une souscription pour l'impression du *Testament médical* de M. le docteur Dumont (de Monteux), médecin de la Maison centrale de Rennes, autrefois au Mont-Saint-Michel.

L'ouvrage formera un volume in-8 de 450 à 500 pages, imprimé avec soin sur beau papier grand-raisin.

Le prix de ce volume est de 5 fr., pris au bureau de souscription, et de 6 fr., rendu *franco* au domicile du souscripteur.

La liste des souscripteurs terminera le volume.

On souscrit à l'imprimerie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, n° 22, à Paris, où l'on est prié d'adresser, avec une grande exactitude de nom et demeure, la somme de 5 ou de 6 francs, selon que l'on désirera retirer le volume ou le recevoir *franco* à domicile.

Au nom d'une Commission composée de MM. Davenne, directeur de l'Assistance publique, Président; Dr Blatin, Dr Bourguignon, Dr Cabanellas, Dr Cerise, Dr Foissac, Godin, ancien avocat à la Cour impériale; baron Larrey, Dr Amédée Latour, et Dr Moreau (de Tours).

Le secrétaire de la rédaction : Dr J. Lapeyrère.

NÉCROLOGIE.

L'Association médicale de la Gironde vient de perdre un de ses membres, M. Chabrely père, qui, pendant plus de trente

ans, a exercé on ne peut plus honorablement à La Bastide, près Bordeaux. La population de cette commune a voulu, en assistant à ses obsèques, lui prouver sa reconnaissance pour tout le bien qu'il lui avait fait. Un grand nombre de Confrères sont venus aussi lui rendre les derniers honneurs, et M. Levieux, vice-président de l'Association des Médecins de la Gironde, a prononcé sur sa tombe les paroles suivantes :

Messieurs,

Informé, presque à la dernière heure, de la mort de notre excellent et digne collègue Chabrely, je ne peux vous retracer les différentes phases de sa vie médicale, si bien remplie; mais je tiens au moins à ne pas laisser fermer cette tombe sans avoir fait entendre quelques paroles de regrets, au nom de l'Association médicale de la Gironde, dont il était membre.

Consacrer ses rares loisirs à l'étude, mettre au service de ses semblables tout ce qu'on possède de forces physiques et morales, sans aspirer ni aux honneurs ni à la fortune, je ne connais rien qui soit plus digne de respect.

Eh bien! Messieurs, telle fut l'existence de l'honorable collègue auquel nous rendons les derniers devoirs.

Loin de moi la pensée de vouloir surfaire ses mérites, et de le traiter après sa mort autrement qu'il n'aurait voulu l'être pendant sa vie; mais je crois faire acte de justice envers sa mémoire, et remplir un pieux devoir à l'égard de sa famille, de ses amis et de ses confrères, en rappelant, aux uns, comme un motif de consolation, aux autres, comme un exemple à suivre, la conscience, l'abnégation, le dévouement et le zèle avec lesquels il remplissait les pénibles devoirs de sa profession.

Praticien instruit, médecin expérimenté, observateur attentif, il s'appliquait à rendre un compte fidèle des maladies sur lesquelles il consultait ses confrères, s'abstenant, par excès de modestie, de porter lui-même un diagnostic dont l'exactitude était déjà confirmée par le traitement toujours prudent et rationnel qu'il avait mis en usage.

Malgré ses incessantes occupations, il trouvait aussi le temps d'écrire, et de publier, soit dans le *Bulletin médical*, soit dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, des Observations intéressantes, accompagnées de réflexions judicieuses.

Il est vrai, Messieurs, que depuis quelques années il avait le bonheur de pouvoir partager ses travaux avec un fils si digne à tous égards de lui succéder, que l'École de Médecine de Bordeaux le compte au nombre de ses professeurs suppléants, et que les membres de l'Association médicale de la Gironde l'ont élu pour secrétaire du Conseil d'administration.

Quelle est donc grande et profonde la douleur de ce fils tant aimé, en voyant aujourd'hui le concours de ces hommes de cœur qui tous apportent au pied de ce cercueil un souvenir, une larme, un regret, un tribut de reconnaissance, et qui semblent donner au coup dont il est frappé le caractère d'un malheur public!

Qu'il se rassure, cependant, car cet adieu n'est pas pour toujours! La mort même a ses espérances! Nous retrouverons nos pères dans la sphère du bonheur sans ombre et de l'amour éternel!...

CHRONIQUE.

Dans son allocution, à sa leçon d'ouverture, M. Tardieu, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, a engagé les élèves à former une *Association mutuelle des élèves de l'École de Médecine de Paris*. Ce projet a été vivement applaudi, et des encouragements sont venus déjà de toutes parts.

M. L. Roger et M. Diday, de Lyon, mettent chacun une somme de 500 fr. à la disposition de la future association. M. Ricord, à titre d'*ancien* étudiant en Médecine, se met au nombre des fondateurs pour la somme de 600 fr., et M. Brierre de Boismont, en son nom et en celui de ses trois fils, dont l'un est étudiant en Médecine, fait don de 500 fr. à la future société. — Voilà un beau commencement!

— Le Sénat, dans sa séance du 12 avril, a entendu un excellent Rapport de M. Bonjean sur deux pétitions demandant des réformes à la loi sur l'exercice de la Médecine : d'une part, extension du droit des Officiers de santé de pratiquer dans tous les départements ; de l'autre, demande de la suppression des Médecins du second degré.

Sur la proposition de M. Dumas, appuyée par M. L. Beaumont et Leverrier, la question a été réservée et renvoyée à une séance ultérieure.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui surviendra à ce sujet.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(de Mars 1864).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE.			BAROMÈTRE.		DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS.
	Matin.	Midi.	Soir.	Matin.	Soir.			
				millimètr	millimètr.			
1	6	14,5	10	756,2	755,1	S – O.	Beau.	Légère pluie le soir.
2	5	17	10	756,2	755,1	S. – O.	Beau.	Couvert le matin.
3	4	17,4	10	753	754,1	S. – O.	Couv.	Beau le soir.
4	9	15,3	9	752,8	752,1	S. – O.	Couv.	Légère pluie le matin.
5	6	13	10	750	755	S. – O.	Pluie.	Vilaine journée, vent fort.
6	9	19,3	12	753	750	Sud.	Beau.	Ciel nuageux,
7	11	20,4	16	749,5	747,3	Sud.	Beau.	*Idem.*
8	15	20,8	14	750	744,9	S. – E.	Couv.	Vent fort, pluie le soir.
9	9	18	10	746,9	755,1	Ouest.	Couv.	Pluie le soir.
10	6	11	8	758,5	764,4	Ouest.	Pluie.	Pluie peu abondante.
11	5	13	7	765,4	768,5	N.– O.	Couv.	Pluie par intervalle.
12	6	12,7	7	769,5	771	N.– O.	Couv.	*Idem.*
13	4	14,5	7	772	770,5	Nord.	Beau.	Belle journée.
14	3,5	13,4	6	769,5	766,4	Nord.	Beau.	*Idem.*
15	4	15	7	764,9	763,3	Nord.	Beau.	*Id.* léger brouil. le matin.
16	4	15,4	9	762,7	760,3	N.– E.	Beau.	*Idem.*
17	6	18	10	758,6	754,1	N.– E.	Beau.	Très belle journée.
18	9	22	13	753,4	750	S. – E.	Beau.	*Idem.*
19	10	21	12	749	742,8	S. – E.	Beau.	*Idem.*
20	10	19,3	12,5	743,3	743,9	S. - E.	Beau.	Quelques nuages.
21	11	18	11,5	744,9	747,7	S. - E.	Pluie.	Pluie printanière.
22	8	17	10	749	750	Ouest.	Beau.	Ciel nuageux.
23	8	15,5	7	751	753,1	Nord.	Beau.	*Idem.*
24	6	15	8	755,5	754,1	S – O.	Beau.	*Idem.*
25	5,5	17	7	753,1	751	Ouest.	Pluie.	Pluie par raffales.
26	6	15	8	750	745,1	Ouest.	Pluie.	*Idem.*
27	5	9	6	741,7	751,4	N.–O.	Pluie.	Pluie froide.
28	4	13	7	753,9	753,1	N.–O.	Pluie.	Vives raffales.
29	5	10	6,5	752,5	752,5	Ouest.	Pluie.	*Idem.*
30	3	11	8	755,9	760,3	Ouest.	Pluie.	Pluie moins forte.
31	6	16	10	763,3	764,4	S.–O.	Pluie.	

Résumé des Observations météorologiques de Mars 1864

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	15° le 8.	28°8 le 15.	16° le 17.
Moindre..............	3° le 30.	9° le 27.	6° les 14 et 27.
Moyen	6° les 1er, 5, 10, 12, 17, 24, 31.	15°5 le 23.	9° les 4 et 16.

Chaleur du milieu du jour : 14 jours de 9° à 15°. — 17 jours de 15°3 à 20°8.

BAROMÈTRE.

Maximum..................	772 mill. le 13.
Minimum..................	741 mill. le 27.
Medium..................	755 mill. le 9.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Nombreuses et graduelles.

DIRECTION DES VENTS...... Le vent a soufflé du nord........	4	fois.
nord-ouest..	4	»
ouest.........	7	»
sud-ouest....	7	»
sud.......	2	»
sud-est......	5	»
est..........		»
nord-est.....	2	»

VENTS DOMINANTS : ouest et sud-ouest.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux............	15.
couverts....	6.
pluie.............	7.

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le temps a été assez variable; il a présenté cette alternative qui caractérise assez ordinairement ce mois. Des pluies peu abondantes, mais fréquentes, se sont montrées, dans la première quinzaine. Dans les derniers jours du mois, elles sont tombées avec assez de force; elles étaient accompagnées de vives rafales de vents qui correspondaient à de sérieux mauvais temps qui affligeaient nos côtes de l'Océan. La température a été modérée; aussi a-t-on vu à peine ces giboulées caractéristiques de la saison. Le baromètre a subi d'assez fortes fluctuations; au milieu du mois, il atteignait 772 millimètres; mais cette élévation avait été précédée, comme elle a été suivie, d'une forte dépression qui a généralement maintenu la colonne mercurielle bien au-dessus de la hauteur moyenne.

Bordeaux. Imp. GOUNOUILHOU, ancien hôtel de l'Archevêché (entrée rue Guiraude, 11).

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'EMPHYSÈME GÉNÉRALISÉ CHEZ LES ENFANTS;

par M. CHATARD, médecin adjoint de l'hôpital des Enfants.

L'emphysème pulmonaire est une maladie assez commune chez les enfants, ainsi que l'a constaté M. Hervieux dans son remarquable Mémoire (*Archives générales de Médecine*, juin 1861; *Recherches sur l'emphysème pulmonaire infantile*).

De même que chez l'adulte, l'emphysème pulmonaire revêt, chez les enfants, la forme vésiculaire ou cotonneuse, comme l'appelle M. Hervieux, et la forme kysteuse ou interlobulaire.

Mais, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, il arrive *quelquefois* chez l'enfant que l'emphysème se généralise. Je m'explique : l'emphysème, après avoir envahi le tissu cellulaire sous-pleural et intervésiculaire ou interlobulaire, gagne le tissu cellulaire du médiastin et le tissu cellulaire sous-cutané.

L'honneur de la découverte de cette généralisation revient tout entier à MM. Guillot et Roger. Dès l'année 1853, M. Roger lut devant la Société médicale des Hôpitaux une Note sur l'*Emphysème généralisé des enfants*. La même année, et presque en même temps, M. Nathalis Guillot, dans un très bon Mémoire (*Archives générales de Médecine*, 1853), présenta *quelques Observations d'emphysèmes siégeant sous la plèvre, dans le tissu cellulaire du médiastin, étendus jusqu'aux régions du cou, du tronc, de la tête et*

des membres, que l'on peut attribuer aux efforts de la toux chez les enfants. Ces Observations, au nombre de 16, étaient divisées en trois séries :

Dans la première, l'auteur rapportait 9 Observations, dans lesquelles la nécropsie avait révélé *un soulèvement de la plèvre par l'air sur un ou plusieurs points de la superficie des poumons*.

Dans la deuxième, M. Guillot faisait entrer 3 Observations de *pénétration de l'air depuis le dessous de la plèvre jusque dans le tissu cellulaire du médiastin*.

Enfin, dans la troisième et dernière série, il donnait 4 Observations de *pénétration de l'air depuis le dessous de la plèvre, dans le médiastin, jusque dans le tissu cellulaire du cou, de la tête et des membres*.

Ainsi, ce que M. Roger avait entrevu le premier par la simple vue de l'esprit, M. Guillot l'a irrévocablement démontré par l'examen cadavérique; aussi, les deux noms de ces médecins distingués doivent-ils marcher de front dans l'histoire de l'affection qui nous occupe.

Trois ans plus tard, soit en 1856, M. Ozanam, ayant eu l'occasion d'observer des phénomènes semblables, publia dans les *Archives générales de Médecine* un travail ayant pour titre : *De la rupture pulmonaire chez les enfants et de l'emphysème généralisé qui lui succède*.

Dans ce Mémoire, M. Ozanam soutenait particulièrement cette thèse : que l'air de la respiration, échappé des vésicules pulmonaires déchirées, suivait le trajet des ramifications bronchiques et des artères pour gagner le tissu cellulaire médiastin et sous-cutané.

Enfin, en 1862, M. Roger, ayant eu de nouveau l'occasion de rencontrer quatre fois l'emphysème généralisé, a repris la question, et dans un travail très bien pensé et parfaitement écrit, a donné une monographie complète de l'*emphysème*

généralisé (pulmonaire, médiastin et sous-cutané), comprenant tous les cas connus, qui s'élevaient à 19.

Ayant eu l'insigne fortune d'observer un cas d'emphysème généralisé chez un enfant, j'ai cru bien mériter de la science en le livrant à la publicité. D'ailleurs, l'examen attentif de la marche qu'a suivie l'emphysème dans ce cas, nous permettra de jeter un coup d'œil sur certaines particularités que le travail de M. Roger a peut-être laissées un peu trop dans l'ombre.

— Louise L...., quatre ans, tempérament lymphatique, constitution forte, n'ayant pas été malade; cependant, l'hiver dernier, elle a beaucoup toussé.

Depuis trois semaines, cette enfant était atteinte d'une coqueluche très intense. Les quintes, en nombre considérable, ont lieu particulièrement le soir, après le coucher du soleil.

Hier, 15 janvier, à la suite d'une de ces quintes, l'enfant est restée plus oppressée que de coutume; elle se débattait et s'écriait qu'elle étouffait. Dans la nuit, un peu de sueur étant survenue, la mère s'empresse de changer les linges de l'enfant, et à son grand étonnement, elle remarque que le ventre et la base de la poitrine sont très gonflés.

Le 16, je constate les symptômes suivants : pouls plein, 80 pulsations; peau légèrement halitueuse. Le visage semble un peu bouffi, les lèvres sont violacées, les yeux vifs et brillants. Un peu de céphalalgie. La respiration est gênée, laborieuse; les côtes semblent se soulever avec force. La percussion n'indique rien de particulier, si ce n'est une résonnance exagérée au niveau du sternum, se dirigeant vers la région précordiale. A l'auscultation, râles sibilants et ronflants disséminés dans la poitrine; quelques bulles de râle sous-crépitant.

Au niveau du creux épigastrique, et d'une manière

générale sur tout l'abdomen, je constate comme un boursoufflement de la peau et du tissu cellulaire qui la double. En appliquant la main à plat, je perçois une sensation tout à fait caractéristique d'emphysème ou d'air épanché dans les mailles du tissu cellulaire, et que l'on déplace par la pression.

L'emphysème s'arrête au bas-ventre; en arrière, il arrive jusqu'à la colonne vertébrale. Cependant, la peau qui revêt la série des apophyses épineuses n'est pas soulevée. La base du thorax seule présente de l'emphysème.

Traitement : Sirop de belladone et de pavots blancs, une cuillerée à café toutes les trois heures; tisane de serpolet, café noir sucré; frictions sur les régions emphysémateuses avec une solution légère de chlorhydrate d'ammoniaque.

17 janvier. La nuit a été meilleure que la précédente. L'enfant a pu goûter cinq heures d'un sommeil ininterrompu. Aujourd'hui, le tissu cellulaire du thorax, des aisselles, de la région sus-claviculaire et du cou, est le siége d'un vaste emphysème. La respiration est plus gênée; le pouls a faibli; un peu de moiteur. Rien au visage.

18. La tumeur épigastrique a diminué; néanmoins, on sent toujours la crépitation caractéristique de l'emphysème. Le ventre est aussi moins boursoufflé, et j'estime que l'emphysème a diminué du tiers. L'enfant éprouve assez souvent le besoin d'uriner.

19. Langue un peu suburrale, légère céphalalgie, 80 pulsations. La nuit a été calme; les quintes de toux ont considérablement diminué, et la respiration est infiniment plus libre. Plus d'emphysème du tissu cellulaire de l'abdomen ni des parois thoraciques; persistance au-dessus des clavicules et sur les côtés du larynx.

Traitement : 45 grammes de manne dans une tasse de lait.

20. L'emphysème a beaucoup diminué; il n'en existe plus que sur les côtés du larynx.

22. L'emphysème a disparu, mais la coqueluche persiste. Ayant appris, par les journaux, les effets trop merveilleux peut-être des inhalations de gaz ammoniacaux et autres qui se dégagent dans les usines où l'on fabrique le gaz de l'éclairage, j'envoie chaque jour l'enfant dans cet établissement.

Sous l'influence de ce traitement, ou bien par les seuls efforts de la nature médicatrice, la toux va diminuant de jour en jour d'une manière sensible, ainsi que les vomissements de matières glaireuses.

Le 15 février, l'enfant jouit d'une santé parfaite.

Il sera peut-être intéressant de rechercher actuellement les causes qui président d'ordinaire au développement de l'emphysème généralisé.

Le jeune âge joue une influence capitale sur cette lésion. Ainsi, dans les 19 Observations qui composaient hier encore le bilan de la science, on trouve :

Enfants âgés de moins de 2 ans.........	5
— âgés de 2 à 4 ans..............	10
— âgés de 5 à 15 ans.............	4

En ajoutant le malade qui fait le sujet de notre Observation, on a, sur un total de 20 malades, 11 malades âgés de moins de 5 ans.

La généralisation de l'emphysème est-elle donc impossible dans l'âge adulte et dans la vieillesse? Il n'est pas impossible que l'emphysème, primitivement borné au poumon, gagne le tissu cellulaire sous-cutané chez l'adulte. Ainsi, on lit dans le *Bulletin de la Société des Hôpitaux* (t. II, p. 35) : « Une femme de trente-deux ans, que M. Moutard-Martin a

observée dans le service de M. Chomel, était affectée de bronchite; il n'y avait pas de trace évidente d'altération organique du poumon. Cette femme présenta les symptômes d'un emphysème sous-cutané, qui commença au creux sous-maxillaire et qui s'étendit à toutes les parties du tronc (Roger, Mémoire cité). Mais quand l'emphysème gagne le tissu cellulaire sous-cutané, chez l'adulte, c'est presque toujours à la suite d'une perforation du larynx, de la trachée-artère, des grosses bronches. Les malades, atteints de laryngite, de trachéite, de bronchite chroniques avec ulcérations, voient tout à coup l'air de la respiration s'échapper du conduit aérien à travers l'ulcération et s'épancher dans le tissu cellulaire des régions voisines.

D'autres fois, c'est par la rupture d'une caverne pulmonaire tuberculeuse que l'emphysème se produit (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie,* 1856, p. 179). Chez l'enfant, au contraire, ce que l'on observe d'abord, c'est de l'emphysème pulmonaire, emphysème qui se généralise en gagnant le tissu cellulaire du médiastin, puis le tissu cellulaire sous-cutané. Pour tout dire en un mot, c'est un emphysème général de cause *pathologique,* suivant l'heureuse dénomination de M. Roger, tandis que les variétés susmentionnées sont de cause plutôt *mécanique* que *pathologique.*

Certaines maladies presque exclusives à l'enfance, comme la coqueluche, jouent encore un grand rôle dans le développement de l'emphysème généralisé. Ainsi, sur les 20 malades cités, 9 (en y comprenant notre Observation) étaient atteints de coqueluche, 7 avaient, à l'état de simplicité ou de complication, une bronchio-pneumonie ou une pleurésie, et 4 étaient affectés de tubercules pulmonaires avec ou sans pneumonie. (Mémoire de M. Roger.)

Il résulte, en effet, des recherches nombreuses auxquelles s'est livré M. Hervieux, que ces diverses affections s'accom-

pagnent fréquemment chez l'enfant (l'auteur l'a observé 35 fois) d'emphysème pulmonaire aigu. Or, rien de plus facile à comprendre, ainsi que nous l'allons démontrer, que cette généralisation ou le passage de l'emphysème du poumon au médiastin et au tissu cellulaire sous-cutané sous l'influence d'une toux violente, des convulsions, de l'agitation, ce cortége ordinaire des affections thoraciques aiguës chez les enfants.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DE L'EMPHYSÈME GÉNÉRALISÉ.

Sous l'influence de la toux violente que provoquent la coqueluche et les maladies aiguës des bronches, du poumon et de la plèvre, un emphysème se produit, d'autant plus facilement même que le parenchyme du poumon est plus altéré. Cet emphysème est tantôt cotonneux et tantôt kysteux; très souvent, il est à la fois vésiculaire (cotonneux), interlobulaire et sous-pleural (kysteux). La lésion peut s'arrêter là, et le malade guérir ou mourir. Mais si la maladie progresse, l'emphysème, d'abord borné au poumon, gagne le médiastin par le mécanisme suivant :

1° *Par perforation ou rupture pulmonaire.* — C'est le cas le plus rare; il n'en existe qu'une seule Observation dans la science, Observation postérieure en date à l'ouvrage de M. Roger, ce qui nous explique pourquoi cet auteur rejetait ce mécanisme d'une manière absolue. Voici un extrait de cette Observation (Voy. *Gaz. des Hôpitaux,* 1863, p. 566) :

« *Autopsie* faite vingt-huit heures après la mort. Pas la moindre trace de putréfaction.

» *Crâne.* — Après l'ouverture du crâne, on aperçoit, sous l'arachnoïde viscérale, dans les mailles de la pie-mère, des bulles d'air de la grosseur d'un grain de millet. Elles sont surtout très nombreuses au niveau des lobes frontaux.

» *Cou et thorax.* — Les mailles du tissu cellulaire du cou dans les différentes couches de cette région sont remplies d'air.

» En suivant la gaîne des vaisseaux carotidiens, on voit des bulles d'air dans toute son étendue jusqu'au trou carotidien.

» Œdème des ligaments aryténo épiglottiques de chaque côté.—En écartant la paroi thoracique préalablement ouverte, on peut s'assurer, sans ouvrir le médiastin, qu'il n'y a point d'air dans la plèvre du côté droit, et que le poumon est libre d'adhérences, mais très emphysémateux; le sternum rabattu sur l'abdomen, on aperçoit alors le médiastin antérieur distendu par une grande quantité d'air.

» Il n'y a plus de cavité pleurale à gauche. Adhérence complète des deux feuillets de la séreuse; mais le tissu cellulaire sous-pleural présente des aréoles distendues par de l'air. Ces aréoles, qui ont des dimensions variables, communiquent entre elles et avec celles du médiastin.

» A la racine du poumon gauche, au centre d'un lobule *emphysémateux,* existe *un petit orifice circulaire* d'un millimètre de diamètre environ, qui est invisible quand le poumon ne contient pas d'air, qu'on rend très apparent en insufflant l'organe sous l'eau. »

2° *Par décollement de la plèvre de proche en proche.* — Dans son Mémoire, M. Nathalis Guillot donne une description complète des vésicules aériennes, parfois très volumineuses, que l'on rencontre sous la plèvre viscérale à des distances variables, mais quelquefois très rapprochées de la racine des poumons. Eh bien! que chez un malade ainsi affecté la respiration, devenue de plus en plus laborieuse, s'accompagne, par exemple, d'une violente quinte de toux, bientôt l'air comprimé au moment de l'expiration s'échappera plus abondamment, viendra s'ajouter à celui qui soulevait déjà la

plèvre, la décollera de nouveau, et, de proche en proche, gagnera le tissu cellulaire du médiastin, qu'il distendra.

3° *Par déchirure d'une ampoule centrale et propagation le long des tuyaux et vaisseaux bronchiques.* — M. Ozanam a parfaitement décrit ce mode de formation de l'emphysème généralisé. Il n'a eu qu'un tort, c'est de vouloir trop le généraliser.

Il est incontestable, en effet, que, dans certains cas, l'air suit le même trajet que le pus sécrété dans l'intérieur du poumon. La nécropsie, dont nous avons précédemment mentionné les détails, nous a montré des bulles d'air dans toute l'étendue de la gaîne des vaisseaux carotidiens jusqu'au trou carotidien lui-même. Ainsi, après la rupture d'une ampoule centrale, l'air passe du tissu conjonctif inter-vésiculaire dans la gaîne celluleuse qui enveloppe les vaisseaux et les bronches, le distend, et, de proche en proche, gagne la racine des poumons et le tissu cellulaire du médiastin.

Nous avons vu comment s'effectuait la migration de l'air du poumon dans le tissu cellulaire du médiastin; examinons son passage dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Le mécanisme en est très simple et surtout très compréhensible, pour peu que l'on se rappelle les communications du tissu cellulaire du médiastin avec le tissu cellulaire de l'extérieur. Par en haut, en effet, le tissu cellulaire médiastin se continue directement avec celui du cou; en bas, il communique, par l'orifice triangulaire situé derrière l'appendice xyphoïde, avec le tissu cellulaire de la paroi abdominale; sur les côtés, avec le tissu cellulaire qui double la plèvre pariétale et les muscles intercostaux. Il suffira donc que la cause productrice de l'emphysème médiastin continue d'agir pour que le tissu cellulaire du cou, de la face, du cuir

chevelu, de l'abdomen, du thorax, voire même des membres, s'affecte à son tour de proche en proche. Sous l'influence de cette espèce de *vis à tergo,* il n'est pas jusqu'au tissu cellulaire qui emprisonne l'aorte et l'œsophage, qui revêt le feuillet fibreux du péricarde, ou bien encore celui de l'orbite et même de l'intérieur de la boîte crânienne, qui ne puisse, dans quelques circonstances, devenir le siége de l'emphysème.

Séméiologie.— Aucun signe avant-coureur ne vient annoncer, d'ordinaire, le développement de l'emphysème sous-cutané. C'est toujours dans le décours d'une maladie aiguë du poumon ou des bronches, très souvent consécutivement à de violentes quintes de toux, que se produit l'emphysème caractérisé, comme on sait, par la tuméfaction et une crépitation spéciale.

1° *Tuméfaction.*— Le gonflement est le premier symptôme qui révèle à l'œil de l'observateur la présence de l'emphysème. Son développement a lieu d'une manière graduelle. Dans la très grande majorité des cas, il apparaît d'abord dans le creux sus-sternal, dans la région sus-claviculaire, et autour du larynx. Dans un cinquième des cas seulement, la tuméfaction s'est montrée primitivement à la joue de l'un ou de l'autre côté, et deux fois (voyez notre Observation) elle a débuté par la partie inférieure de la poitrine et par l'épigastre (Mémoire de M. Roger). Après avoir envahi la base du cou, il s'étend, le plus souvent, jusque dans le creux axillaire. Assez fréquemment il gagne la face, et même les paupières et le cuir chevelu ; alors, les malades sont déformés, défigurés, hideux à voir. Parfois l'emphysème semble se cantonner dans les régions sous-maxillaires et parotidiennes; il donne ainsi à ces parties l'aspect qu'elles ont d'habitude dans cette curieuse maladie, connue sous le nom d'*oreillons*. Enfin, dans trois cas, il a envahi les membres supérieurs.

Le gonflement emphysémateux est tantôt uniforme et régulier, tantôt irrégulier et comme bosselé. Ces bosselures ont surtout été rencontrées au bas-ventre, à l'épigastre, à l'angle de l'omoplate, à la joue; elles sont probablement dues aux dispositions particulières du tissu cellulaire dans ces régions.

2° *Crépitation.* — Quand on applique le doigt ou la main sur ces tumeurs, on perçoit, outre l'élasticité, une sensation particulière qui ne trompe jamais, et qu'on désigne sous le nom de *crépitation*. Cette crépitation est plus ou moins fine; elle est sèche, et M. Roger la compare à celle que produit le froissement des cheveux. Elle est aussi très appréciable à l'oreille, comme la crépitation qui se produit dans les vésicules pulmonaires lors de la pneumonie. Elle diffère de cette dernière en ce qu'elle est plus forte, plus rapprochée de l'oreille, plus *externe*. Parfois les bulles d'air semblent se promener sous le doigt qui les presse, ainsi que je l'ai constaté chez mon petit malade.

A la suite de ces caractères vraiment pathognomoniques de l'emphysème, nous devons énumérer quelques symptômes secondaires ou accessoires. Tels sont :

1° *La couleur cyanosée de la peau.* Dans l'emphysème de cause traumatique, les auteurs nous apprennent que la peau est généralement blanche et luisante. En dépouillant les 19 Observations du Mémoire de M. Roger et la mienne, j'ai trouvé que, dans certains cas, il n'en était pas ainsi. Il arrive quelquefois, en effet, que la peau est violacée, cyanosée; parfois, au contraire, rouge et luisante. Mais je pense que cette coloration est généralement indépendante de la présence de l'air dans le tissu cellulaire, et qu'elle est tout simplement l'indice d'une gêne extrême dans la respiration et la circulation produite par la maladie primitive, celle qui a déterminé l'emphysème, et augmentée encore par les apports de l'emphysème médiastin.

2° *La dyspnée.* De même que pour la cyanose, il faut distinguer la dyspnée inhérente à l'affection pulmonaire protopathique de la dyspnée résultant de l'insufflation générale du tissu cellulaire. Or, cette distinction n'est pas des plus faciles à établir. Quelle est la part revenant à l'affection primordiale et celle incombant à la complication emphysémateuse? Telles sont les deux données du problème à résoudre. D'abord, il est avéré, d'après tous les auteurs qui se sont occupés de l'étude des grands emphysèmes traumatiques, que l'infiltration de l'air dans tout le tissu cellulaire s'est accompagnée d'une gêne, tantôt considérable et tantôt très légère, dans la respiration. Pour moi, j'incline à penser que l'infiltration aérienne joue un grand rôle dans l'augmentation de la dyspnée, par suite de la gêne qu'éprouvent certaines parties du poumon à se dilater, et aussi, peut-être, à cause de la compression exercée sur le péricarde et les oreillettes par les vésicules médiastines devenues emphysémateuses. Néanmoins, je crois qu'après avoir invoqué la gêne mécanique du poumon et la tension des parties infiltrées, on n'a pas dit toute la vérité, et qu'une bonne partie de cette gêne revient à la maladie aiguë primitive du poumon.

3° *Phénomènes stéthoscopiques.* — Ainsi que l'a dit M. Roger, si bon juge en de telles matières, les données fournies par l'auscultation sont sans importance. On ne perçoit, le plus souvent, que les signes stéthoscopiques de la lésion pulmonaire primitive, c'est à dire des râles ronflants et sibilants, des râles crépitants et sous-crépitants. Par conséquent, dans l'état actuel de la science, l'emphysème médiastin, et même interlobulaire et sous-pleural, ne semble se traduire par aucun bruit spécial.

Il n'en est pas ainsi des signes fournis par la percussion. Nous avons vu, en effet, qu'en percutant, chez notre petit

malade, la région précordiale, on obtenait une sonorité exagérée indiquant l'épanchement de l'air dans le tissu cellulaire médiastin. Il en a été de même dans plusieurs autres Observations.

Marche, durée et terminaisons. — La marche est généralement rapide. Quand l'infiltration débute par la base du cou, elle peut gagner les joues, les paupières, les tempes, la nuque, dans quelques heures. Chez notre petit malade, où l'emphysème avait débuté par l'épigastre, il a fallu 36 heures environ pour que l'infiltration remontât au thorax, aux aisselles et au cou. Du jour au lendemain, dit M. Roger, l'espace occupé par l'air épanché avait au moins doublé d'étendue, et, dans une période de 48 ou 72 heures, l'infiltration était ordinairement arrivée à son maximum. Avant d'être ainsi devenu général, l'emphysème peut diminuer dans les régions primitivement affectées, ainsi qu'on l'a pu voir dans notre Observation. Cependant, la marche est habituellement si rapide, que la décroissance n'a généralement lieu qu'à la fin, quand l'emphysème a pris toute son extension.

Quoique variable, la durée est en général courte. Ainsi, chez notre malade, elle a été de 5 jours environ. Dans un cas rapporté par M. Ozanam, elle a été seulement de quelques heures. Deux fois (Observations X et XV du Mémoire Roger) l'emphysème a duré 24 heures, trois fois il a duré 2 jours, et deux fois 4 ou 5 jours. Dans quelques cas, il est vrai, la durée a été plus longue (14 jours et jusqu'à 3 semaines). On peut établir, à moins que de nouveaux faits ne viennent démontrer le contraire, que la durée est généralement d'autant plus courte que l'affection primitive est plus grave, et réciproquement. Aussi, quand l'emphysème se prolongera au-delà de 5 ou 6 jours, on devra considérer comme beaucoup plus grandes les chances de guérison.

La terminaison est loin d'être toujours funeste : notre Observation en est la preuve. M. Roger, analysant les Observations contenues dans la science, a trouvé, sur un total de 19 malades, 4 guérisons et 15 décès. Mais la statistique de M. Roger ne me semble pas à l'abri de l'erreur.

En effet, M. Roger porte au nombre des morts un enfant dont l'emphysème était totalement guéri six jours avant la mort, et qui ne présenta à l'autopsie *aucune trace d'emphysème,* ni sous la peau, *ni dans le médiastin.* Il fut parfaitement avéré que l'enfant succomba à des abcès pulmonaires. Par conséquent, ce n'est plus 4 guérisons pour 15 décès, mais bien 5 guérisons pour 14 morts qu'il faut dire. Si nous ajoutons le cas qui nous est propre, on a, sur un total de 20 malades, 6 guérisons et 14 morts ou insuccès.

Quand elle a lieu, la guérison est évidemment due à l'absorption de l'air épanché dans les mailles du tissu cellulaire et à son passage dans le torrent circulatoire. Ces questions étant purement du domaine de la physiologie, je ne les aborderai pas ici. Je renvoie donc, pour leur solution, au savant ouvrage du très savant maître M. Claude Bernard *(Leçons sur les effets des substances médicamenteuses et toxiques)* et au Mémoire de M. Demarquay, écrit en collaboration avec M. Leconte (*Archives de Médecine,* oct. 1859).

Diagnostic. — La diagnose de l'emphysème généralisé me paraît si simple et si naturelle, que je ne m'explique vraiment pas l'insistance de M. Ozanam pour différencier la crépitation due à l'emphysème des parois thoraciques du râle crépitant produit par la pneumonie. Qui ne s'apercevra, en effet, dès l'abord, que cette crépitation, loin de se passer dans les vésicules pulmonaires, est toute superficielle? qu'elle a lieu *sous* et presque *dans* l'oreille? qu'elle se

produit à l'instant même où l'oreille presse la peau de la poitrine sans attendre que l'esprit de l'observateur ait même pu songer à distinguer les bruits respiratoires? Il suffit donc de toucher, de voir et de regarder, pour reconnaître la complication dont il s'agit. La confusion dont parle M. Roger, dans la X° Observation de son Mémoire, n'eût pas été commise à coup sûr, si le médecin s'était donné la peine de *toucher* la tuméfaction qu'il voyait si bien.

Traitement. — L'emphysème généralisé n'étant qu'une complication, qu'un accident survenu dans le cours d'une affection des voies respiratoires qui peut présenter de nombreuses variétés, on conçoit que le traitement n'en puisse être formulé d'une manière absolue, et qu'il doive varier aussi, suivant les indications complexes qui se présenteront (Roger). Nous partageons complétement cette manière de voir; aussi, laisserons-nous dans l'ombre le traitement de la maladie primitive, protopathique, pour ne parler que de la thérapie du symptôme emphysème.

On a vu que, chez notre petit malade, nous nous étions borné à faire pratiquer des frictions avec un linge trempé dans une solution de chlorhydrate d'ammoniaque. Cette pratique très simple a été employée un assez bon nombre de fois par les auteurs, — particulièrement dans les grands emphysèmes de cause traumatique, — et généralement elle a fourni de bons résultats. « Sous l'influence de ces frictions, le courant vasculaire est rendu plus actif dans le tissu cellulaire sous-cutané, et, par ce fait, les résorptions peuvent s'y opérer d'une manière plus rapide. » (Bouley et Reynal, cités par M. Roger.) Mais tout bon qu'il est, ce moyen devient insuffisant quand il s'agit d'un emphysème très étendu, s'accompagnant d'une gêne extrême de la respiration avec menaces de mort. Dans ce cas, il faut frayer à l'air infiltré une voie artificielle. En conséquence, on pratiquera quelques

mouchetures avec la pointe de la lancette au bas du cou et dans les autres points où l'emphysème est très considérable (Laennec). Larrey recommandait plus spécialement l'usage des ventouses scarifiées, tandis que, de nos jours, MM. Bouley et Raynal préconisent, pour les chevaux emphysémateux, les scarifications multiples aidées d'un massage méthodique, c'est à dire dirigé de manière à faire cheminer l'air vers les orifices de sortie qui lui ont été ménagés (Roger). Je ne sache pas que ce moyen ait jamais été appliqué chez les enfants. Dans tous les cas, je lui préfère le suivant, qu'un brillant succès est venu couronner entre les mains de MM. Blache et Ozanam : une ou plusieurs petites ponctions avec un trois-quarts capillaire.

OBSERVATIONS DIVERSES D'INTOXICATION SATURNINE,

recueillies à l'hôpital St-André, dans le service de M. de Lacaussade.

par M. LOIGNON, interne.

Les faits que nous publions ne brillent pas par leur nouveauté, et cependant nous ne les croyons pas dénués d'intérêt. La question de la colique sèche, qui a occasionné une si vive controverse parmi les médecins de la marine, trouve ici quelques éléments en faveur de l'opinion de M. Lefèvre, directeur aujourd'hui à l'École de Brest. Ainsi, c'est au plomb qu'on semble devoir attribuer les coliques qui pourraient cependant être classées parmi les coliques sèches. Et puis, le traitement qui a triomphé des accidents plombiques avec tant de rapidité, doit aujourd'hui, ce nous semble, l'emporter sur tous ceux qu'on a proposés.

Colique de plomb.

Le nommé Garrigue Claude, âgé de trente-huit ans, s'est,

produit à l'instant même où l'oreille [illegible] la [illegible] de la poitrine sans attendre que l'esprit [illegible] au [illegible] pu songer à distinguer les bruits [illegible] de toucher, de voir et de [illegible] complication dont il s'agit. La [illegible] dans la X[e] Observation de [illegible] mise à coup sûr, si le médecin [illegible] à [illegible] toucher la tuméfaction [illegible]

Traitement. — L'emphysème [illegible] complication, [illegible] affection des voies respiratoires [illegible] breuses variées [illegible] être formé [illegible] aussi [illegible] (Roger. [illegible] voir [illegible] maladie [illegible] la [illegible]

[illegible]

Traitement. — Limonade sulfurique, bains sulfureux, régime tonique.

Le malade a voulu sortir le 29 décembre; il était dans un état d'amélioration très remarquable.

Accidents saturnins. — Attaques épileptiformes.

Rousset (Pierre), peintre-vitrier, âgé de trente-cinq ans, d'une bonne constitution, sans hérédité morbifique, tempérament mixte, avait toujours joui d'une bonne santé. Il y a deux ans environ, il éprouva, pour la première fois, quelques symptômes d'intoxication plombique : douleurs d'entrailles vives (comme si on lui eût tordu les boyaux). Au bout de cinq à six heures, les douleurs s'apaisèrent sous l'influence d'un purgatif. Le malade resta seulement constipé quelques jours encore, et se rétablit bientôt entièrement.

Mais, il y a environ trois mois, il éprouva de nouveau des douleurs dans le flanc gauche; des crampes; puis le mal s'irradia bientôt à tout le côté gauche; dans la partie gauche de la poitrine, dans le bras, et jusque dans le cou. Survinrent des mouvements convulsifs, et le malade eut enfin deux attaques épileptiformes, avec perte de connaissance. Il est entré à l'hôpital le 10 décembre. Voici ce que j'ai observé :

Liseré bleu des gencives; appétit assez bon; les fonctions digestives s'accomplissent bien. Le malade éprouve constamment une douleur vague dans le côté gauche, et particulièrement dans le bras; fourmillements, faiblesse, anesthésie presque complète dans cette partie du corps. Tous les dix ou quinze jours, il est pris d'une sorte de tremblements, de mouvements convulsifs, mais il ne perd point connaissance.

Bains sulfureux, limonade sulfurique, potions opiacées ou belladonées tour à tour.

Les accès ont progressivement diminué de fréquence, et le sujet est sorti dans un état qui permet de croire à la guérison.

Colique sèche (ou de plomb). — Paralysie des extenseurs des doigts.

Ce malade était charpentier à bord du paquebot la *Saintonge,* allant de Rio-Janeirò à Montevideo, et réciproquement. Le 29 juillet 1863, il fût pris dans le port de cette dernière ville de violentes coliques et d'une constipation opiniâtre, avec perte d'appétit et soif très vive. Les coliques venaient plusieurs fois par jour et avaient une durée de trois quarts d'heure environ; cet état dura huit jours. Le paquebot revenant à Rio, le sujet jouit d'une parfaite santé, tant en mer que dans le port de cette ville. Puis, un mois après, étant revenu à Montevideo, il fut de nouveau pris de coliques qui durèrent encore une huitaine de jours et disparurent pendant le retour à Rio. Dans aucune de ces attaques, il n'y eut d'accidents cérébraux ni de vomissements bilieux. A un troisième voyage, nouveaux symptômes abdominaux..... Il y a de cela deux mois, cette fois, le malade éprouva un peu de gêne dans la respiration, des douleurs dans les épaules, de la faiblesse dans les bras, et enfin une paralysie des extenseurs des doigts. Renvoyé en France, il est entré à l'hôpital Saint-André le 20 novembre 1863.

Liseré bleu des gencives, paralysie des extenseurs des doigts, le malade né peut ouvrir la main.

Bains sulfureux, électricité, liniments stimulants, régime tonique. En janvier 1864, le malade est sorti notablement amélioré.

Colique de plomb.

Joseph Biocchini, italien, âgé de quarante ans, sans

hérédité morbifique, ayant joui d'une bonne santé, doué d'ailleurs d'une constitution robuste, peau brune, tempérament sanguin, entra, il y a cinq ans, comme garçon de cuisine, à bord des paquebots transatlantiques. Dans les premiers jours, il éprouva quelques douleurs d'estomac, et eut des vomissements bilieux. Ces accidents disparurent complètement au bout de quatre jours, et il put dès-lors continuer, pendant plus de quatre ans, ses occupations ordinaires. Il y a dix-sept jours, étant à bord de la *Navarre,* et en mer, il ressentit de vives douleurs dans le ventre, comme s'il y eût eu une grosse boule. Douze jours sans aller à la selle; neuf jours sans prendre d'autre nourriture que du bouillon; puis, ces accidents disparurent insensiblement pour faire place à des douleurs dans les membres, des picotements, un sentiment de chaleur.

Entré à l'hôpital le 20 décembre 1863, voici ce que l'on constate :

Liseré bleu des gencives, soif vive, peu d'appétit, douleurs abdominales vagues, affaiblissement général dans les membres.

Ce malade lavait la vaisselle du bord dans un baquet doublé de plomb.

Traitement. — Limonade sulfurique, bains sulfureux, régime tonique. Contre les douleurs abdominales et une légère constipation, une pilule chaque jour avec extrait de belladone, 0,05.

Le malade est sorti à peu près guéri, ne conservant qu'un peu de faiblesse.

Colique sèche. — Accidents épileptiques. — Paralysie des poignets.

Le malade dont il s'agit était depuis trente-deux mois

matelot à bord de la *Saintonge,* paquebot faisant un service de Rio-Janeiro à Montevideo, lorsque, dans le courant du mois d'août 1862, il éprouva pour la première fois les symptômes suivants : Grande diminution de l'appétit, soif vive, constipation opiniâtre résistant aux lavements et même aux purgatifs qui furent administrés. Cette constipation était accompagnée de malaise et de douleurs vagues dans le ventre; puis bientôt de coliques vives, déchirantes. En même temps survinrent des vomissements bilieux. La violence des douleurs abdominales n'était pas continuelle; il y avait des exacerbations qui revenaient tous les jours une ou deux fois; dans l'intervalle, le malade souffrait beaucoup moins; on lui donna pour tout traitement des purgatifs, des lavements et des infusions de thé. Au bout de quinze jours, les accidents diminuèrent peu à peu, et la santé revint. Le sujet put reprendre ses travaux accoutumés.

Après trois mois d'une assez bonne santé passés toujours à bord de la *Saintonge,* Stéphano ressentit les mêmes douleurs qu'il avait éprouvées une première fois; il présenta les mêmes symptômes, si ce n'est qu'un phénomène nouveau se produisit durant les quinze jours que dura cette seconde attaque : le malade présenta trois accès épileptiformes; il dit aussi que sa voix perdit de son timbre et que la respiration devint un peu gênée; enfin, comme précédemment, la santé fut recouvrée au bout d'une quinzaine de jours et se maintint bonne durant sept mois, au bout desquels survint une troisième attaque, il y a de cela cinq mois environ, le sujet étant toujours à bord du même paquebot. Cette fois les coliques furent plus violentes, et en même temps le malade ressentit des douleurs dans les épaules, puis de la faiblesse dans les bras et eut encore deux accidents épileptiformes, lorsque tout d'un coup survint une paralysie des extenseurs des doigs des deux mains. Le malade raconte, en effet, que s'étant couché

le soir, jouissant du plein usage de ses membres supérieurs, sauf la faiblesse légère que j'ai déjà signalée, il ne put, le matin à son réveil, saisir une tasse de tisane que lui présentait un de ses camarades. Depuis ce temps, il est resté paralysé des deux mains, ayant très peu de force dans la flexion, et ne pouvant étendre les doigts ni le poignet.

Envoyé en France, il est entré à l'hôpital Saint-André le 18 août 1863; il a été soumis à un traitement tonique, à l'usage des bains sulfureux, à l'électricité.

Aujourd'hui, le malade semble avoir repris un peu de force dans les avant-bras; il ferme les mains, mais il ne peut encore les étendre; elles retombent dans la flexion quand on soulève les avant-bras. Les digestions sont difficiles; légères douleurs dans le ventre, constipation habituelle. Les accidents d'encéphalopathie n'ont pas reparu depuis quatre mois.

En février 1864, le malade est dans un état satisfaisant; la santé générale est bonne et la paralysie a presque disparu, le malade ouvre la main et serre avec assez de force.

Le traitement a consisté en bains sulfureux, électricité, liniments stimulants, régime tonique.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'AMÉNORRHÉE;

par le docteur HORACE STORES, de Boston, chirurgien de *Pleasant Street Hospital* pour les femmes.

Y a-t-il lieu de reconnaître la nécessité d'un traitement chirurgical de l'aménorrhée? C'est d'abord la question qu'il s'agirait, ce semble, d'éclairer; et, après avoir répondu par l'affirmative, on ne saurait disconvenir que M. Stores a traité ce sujet d'une manière satisfaisante. Il faut reconnaître d'ailleurs que sa position de médecin d'un hôpital de femmes établit suffisamment sa compétence; aussi croyons-nous devoir donner à nos lecteurs l'article qu'il a publié sur ce

point dans l'*American Journal of the Medical Sciences,* d'Isaac Hays (janvier 1864), sans partager toutefois toutes ses idées, dont quelques-unes nous paraissent un peu hasardées :

Le traitement médical de l'aménorrhée a été éclairé par une foule d'auteurs, parmi lesquels se distingue le docteur Bowman, de Montreal, dans la *Lancette* du Canada, de juin dernier. Cependant, comme il est des cas nombreux où, sous les mains même les plus habiles, l'aménorrhée résiste à tous les moyens prônés, soit dans les livres classiques, soit dans les monographies, il peut y avoir intérêt à reprendre ce sujet au point où on l'a laissé, dans ses relations avec la chirurgie obstétricale.

Il y a des cas d'aménorrhée, parmi ceux qu'on est appelé à traiter, qui, par la diversité de leurs causes, deviennent d'une difficulté extrême. On peut quelquefois se méprendre aussi par mégarde, et occasionner des accidents qui confirment une opinion déjà dominante, que les médecins, directement ou comme impliqués, font soupçonner un avortement criminel, et ces cas sont les plus importants sur lesquels notre attention est appelée.

Il y a deux préceptes à cet égard, qui, malgré toute l'autorité des praticiens qui les ont émis, ne doivent pourtant pas être acceptés. Ce sont les suivants que j'expose comme énoncés par des écrivains autorisés :

« Il est plus facile, dit Churchill dans sa dernière édition, de venir à bout de quelque autre maladie que ce soit, auxquelles les femmes sont sujettes ; »

« Toutes les tentatives, remarque Condie, pour rappeler le flux menstruel en irritant l'utérus, par l'introduction de bougies ou autres corps, ne sauraient être justifiées. Nous ne pouvons concevoir qu'une circonstance dans laquelle on pourrait compter sur ces moyens pour obtenir un bon résultat; ils ne peuvent manquer, au contraire, dans beaucoup de cas d'être positivement nuisibles. »

En pratique, de telles propositions ne peuvent être admises.

Comme règle générale, il faut reconnaître, en se rappelant la

cessation prématurée assez rare du flux cataménial, que l'aménorrhée qui a résisté à tous les moyens thérapeutiques ordinairement usités doit dépendre, en l'absence de la grossesse, de l'une des causes que voici :

1° De l'absence de l'utérus;

2° De son développement incomplet;

3° De ce qu'il a subi trop complètement le procès d'involution après un accouchement normal ou un avortement;

4° De ce que l'excitabilité nerveuse de la muqueuse utérine sommeille, bien que l'excitation ovarienne subsiste et même que l'exécution de cette fonction puisse être normale et complète;

5° De ce que le col utérin ou son orifice interne est en partie contracté, soit organiquement, soit par un spasme tonique ou clonique;

6° De ce qu'il y a occlusion complète, congénitale ou acquise, de l'utérus, du vagin ou des organes externes;

7° De ce qu'il existe une métrite aiguë ou chronique, ou quelque autre affection générale de la muqueuse utérine, ou une rétention étrangère dans sa cavité, comme serait celle d'un débris de fœtus;

8° De ce qu'il y a une lésion le plus souvent inflammatoire de l'un ou des deux ovaires, produisant ses effets peut-être par dérivation, ou empêchant la détermination du flux sanguin normal;

9° Enfin, de ce qu'il existe quelque toxœmie générale, quelque maladie organique éloignée, empêchant par ses congestions locales le flux habituel du sang vers le système utérin, ou quelque trouble fonctionnel éloigné, donnant lieu à une dérivation sur le système général, soit hémorrhagique, diaphorétique, leucorrhéique, diabétique ou lactée.

Chacune de ces variétés, mais plus fréquemment la dernière, peut être accompagnée d'une menstruation supplémentaire à des surfaces éloignées, et causer souvent de graves erreurs sur le véritable caractère de la maladie. Ce fait explique de prétendues guérisons de phthisie, de dysenterie chronique, etc.

On rencontre plus ou moins communément les faits que nous

signalons susceptibles de traitement. Je n'en excepte pas les cas de la première catégorie : celle où l'utérus fait entièrement défaut, et qui exige, comme on le verra, plus de sagacité et d'habileté que quelques-uns des autres.

Il est évident que le diagnostic différentiel de chaque cas donné dans une telle variété de faits exige le plus grand soin. Et quoique je ne me propose pas de discuter les caractères respectifs de chacune de ces variétés, il y a certaines considérations chirurgicales à ce sujet dont l'importance exige que je fasse mention :

1° D'abord, et avant tout, il est absolument indispensable de faire un examen profond des malades dans les cas d'aménorrhée qui ont résisté à toutes les ressources d'un traitement général. — Comme règle, on ne doit jamais soumettre à un pareil examen une femme non mariée, à moins que l'existence d'une maladie organique soit hors de doute ou raisonnablement soupçonnée, ou que la femme ait eu auparavant quelque enfant. D'un autre côté, il ne faut jamais faire de prescriptions aux femmes mariées qui présentent quelque trouble du système utérin ou ovarique, jusqu'à ce qu'un examen convenable ait été pratiqué.

2° Si l'on doit examiner une femme mariée, il faut s'aider d'un anestésique, afin de mettre dans le relâchement tous les muscles pelviens et faciliter le diagnostic. Je considère comme de nulle valeur le refus d'un anestésique dans ce cas, sous prétexte qu'il est bien que la malade puisse rendre compte de la douleur. Les sensations reflexes produites par la pression dans la cavité du bassin sont si décevantes, qu'il est du plus grand avantage de s'en débarrasser.

3° Excepté dans les cas d'atrésie du vagin, ou de quelque autre lésion locale exigeant la vue directe, l'examen, spécialement chez les filles, doit avoir lieu seulement par le toucher ou la sonde utérine. L'accoucheur doit toujours avoir l'œil au bout de son doigt, et il est aussi facile d'éclairer le toucher dans ces cas que celui de l'aveugle pour lire l'alphabet.

4° En employant la sonde utérine, indispensable ici, dans beaucoup de cas, pour asseoir le diagnostic, on doit avoir présente

à l'esprit la possibilité d'une grossesse, même chez la femme non mariée, quelque respectable que soit sa position, la régularité de sa conduite, l'état de son hymen, l'époque de l'absence de ses règles; car, à défaut de ces précautions, plus d'un avortement imprudent est survenu.

Tout étant ainsi prévu, je procède directement au traitement chirurgical de l'aménorrhée.

En premier lieu, l'utérus manque quelquefois, et j'ai dit que si cela a été reconnu, ce cas exige un jugement éclairé et une grande habileté. Il est évident que, dans beaucoup de cas de ce genre, tout traitement est absolument impossible. Il y en a d'autres cependant où les ovaires existent et sont peut-être bien développés, et où un *molimen* ovarique est évident. — Ici, cette question, s'il y a un traitement à tenter, dépend de la théorie qu'on se fait de la menstruation et de l'état de la malade aux époques où le molimen se montre. Si l'on considère le flux cataménial, acte purement utérin, comme un effet dépendant de l'excitation qu'occasionne l'évolution ovarienne, ou comme une excrétion indépendante destinée seulement à accompagner hors de l'utérus l'œuf non fécondé, il sera à peine nécessaire de tenter d'aider la nature dans ce cas. — Mais si, d'un autre côté, on admet que ce flux, résultat en partie de l'action reflexe de l'irritabilité ovarienne, peut aussi servir, comme soulagement par une crise, de quelque congestion locale ou de quelque trouble dépendant de cette nature reflexe, si évident dans presque tous les cas de trouble menstruel, et si l'on considère que l'utérus d'ailleurs, comme il a été si bien établi par Andral et Gavarret, est destiné à agir comme organe respiratoire accessoire; il serait alors d'une pratique judicieuse de tenter de détourner ces congestions menaçantes par des déplétions locales, des ventouses sèches, etc., vers le sacrum, l'abdomen ou la région périnéale. Ce traitement est sans doute indiqué chez les malades pléthoriques, où l'utérus manquant, le molimen hémorrhagique se présente, et j'incline à penser qu'il serait encore utile chez d'autres où la congestion générale même n'existe pas.

En second lieu, l'utérus peut exister, mais n'être que peu déve-

loppé. Ici, qu'on me permette de le dire, la conception peut avoir lieu, quoique la menstruation n'ait jamais existé, quoique la matrice soit plus petite qu'elle n'est d'ordinaire, pourvu seulement que le canal utérin et les trompes de Falloppe soient suffisamment développées pour admettre le passage soit de l'œuf, soit du fluide séminal. Ma conviction est parfaite à cet égard; je suis sûr que la conception a eu lieu, non-seulement dans des cas fréquents de leucorrhée périodique ou de flux menstruel incolore, mais même lorsqu'il n'y a eu d'écoulement d'aucune sorte.

L'indication dans ces cas est de stimuler : d'une part, la muqueuse utérine, et, de l'autre, d'exciter le développement, l'accroissement de tout l'organe. Des mesures qui ont été prises à cet égard, plusieurs ont échoué. Ainsi, le galvanisme, de quelque manière et en quelque point, à l'extérieur, qu'on l'ait appliqué; toutes les applications à l'orifice ou aux parois vaginales, toutes les tentatives pour produire l'action reflexe ou sympathique par l'irritation du rectum, avec l'aloès, etc., et l'administration de l'ergot n'ont rien obtenu. Ce n'est point par des efforts musculaires passagers que l'on peut amener l'accroissement de l'organe. Dans ces cas, il est nécessaire d'attaquer la cavité utérine et d'avoir recours aux moyens si ingénieux offerts au monde médical par Simpson, d'Édinbourg.

Par la pompe à air intra-utérine, la première des deux indications, l'excitation de la muqueuse, peut être remplie. J'ai plus d'une fois réussi par ce moyen à amener un flux menstruel normal qui n'avait jamais paru auparavant. Mais cette méthode a de certains mécomptes. L'instrument ne peut être introduit, à moins que l'orifice utérin, le canal et la cavité utérine n'aient une certaine ouverture. L'introduction provoque la déchirure de la muqueuse qui, sous l'aspiration forcée de l'instrument, peut entrer dans les vides que celui-ci présente et auxquels elle s'attache quand on le retire.

Le pessaire à tige intra-utérine ne donne pas lieu à ces objections, et, après une expérience presque constante de son usage pendant près de neuf ans, je n'hésite pas à le recommander. Je sais

que beaucoup de reproches ont été adressés à cet instrument. Je les considère tous comme mal fondés, pourvu qu'on en use avec certaines précautions.

Le pessaire intra-utérin doit être, cela est reconnu, parfaitement en rapport avec les organes de la malade, c'est à dire que le diamètre de sa tige doit être d'une grandeur propre à s'introduire dans l'orifice et le col utérin, et sa longueur telle qu'il ne touche pas le fond de la matrice, ce qu'on peut aisément prévoir par l'usage préalable de la sonde utérine. Si l'on prend toutes ces précautions, il n'y a aucune crainte à concevoir.

Pour le traitement des cas dont il s'agit, afin d'obtenir un effet thérapeutique de plus par une action galvanique, la tige doit être de cuivre et de zinc, les plaques de ces métaux placées généralement bout à bout. Peut-être l'effet serait-il mieux produit si elles étaient soudées côté à côté. Ce qui prouve l'action de cet instrument, c'est qu'en le retirant de la cavité utérine, la partie de cuivre reste entièrement libre d'aucun dépôt, tandis que le zinc se montre incrusté d'une couche de matière étrangère, que l'analyse chimique résout en sel métallique, ordinaire dans de semblables circonstances.

L'effet du pessaire intra-utérin galvanique sur l'aménorrhée liée à un développement imparfait de l'utérus a un triple caractère ; car, tandis que la muqueuse est excitée à une action fonctionnelle, une impression profonde est produite sur la structure intime de l'utérus par l'influence directe galvanique, enfin il y a l'action physique du pessaire contenu dans l'intérieur, comme un corps étranger qui excite l'action musculaire d'une manière interrompue sur son expulsion et amène par là une hypertrophie générale, un accroissement de volume comme dans les cas de polype caché, etc.

Dans les troisième, quatrième et cinquième classes d'aménorrhée que j'ai énumérées, l'indication est la même pour le traitement par la sonde galvanique intra-utérine, et, dans tous ces cas, ce moyen produit un excellent effet. — Dans la troisième variété, le mouvement atrophique, qui existe dans une certaine étendue après un accouchement ordinaire, est porté à un degré

excessif. La cavité de l'utérus, au lieu de sa capacité normale de deux pouces et demi environ, ne mesure plus qu'un pouce et demi, un pouce et même moins; et avec cette diminution de capacité arrive la suspension plus ou moins complète de la fonction menstruelle. — Ce fait rend le traitement entièrement conforme à celui que nous avons établi lorsque l'organe n'a pas atteint son entier développement. Dans quelques cas, il n'existe pas en apparence la plus légère déviation organique, les ovaires semblent agir d'une manière normale, et pourtant l'utérus ne répond pas par sa fluxion régulière. Il manque seulement, comme on l'a dit, une excitation initiale, comme le mouvement imprimé au pendule, pour amener le retour d'une menstruation régulière.

Dans les cas de la cinquième classe de notre série, où un rétrécissement partiel est généralement accompagné de dysménorrhée, il faut, en outre d'un stimulus approprié, une certaine dilatation locale. Pour cela l'instrument déjà décrit peut quelquefois suffire. Cependant d'autres moyens sont ordinairement exigés, et j'ai eu recours quelquefois à l'introduction successive d'une série graduée de sondes métalliques, et dans d'autres circonstances à des tentes expansibles. Il y a huit ans, je parlai des avantages et des inconvénients de l'éponge dans ce but, et depuis des praticiens ont trouvé que ce que j'avais suggéré relativement à des tentes se lubréfiant elles-mêmes par un mucilage intrinsèque pendant qu'elles se dilatent, répondait à des indications importantes [1].

En introduisant les instruments, dont nous avons parlé, dans l'orifice ou le col utérin, certaines précautions sont de toute importance. J'ai déjà mentionné la possibilité d'une grossesse, et le risque qu'on ferait courir d'un avortement involontaire. La remarque s'applique avec une égale force à la sonde et à la bougie intra-utérine, si elles sont appliquées dans le but de stimuler, de dilater ou de réduire un déplacement. Je suis bien persuadé de la tolérance et de l'impunité avec lesquelles

[1] L'auteur fait allusion là à ce qu'il a dit du *Laminaria digitata* (*Sea-tangle*), plante marine, pour remplacer l'éponge.

l'utérus en gestation supporte quelquefois ces introductions, et j'ai moi-même eu plusieurs exemples de ce fait portés à ma connaissance; mais, d'un autre côté, j'ai su que l'usage de ces instruments a causé plus d'un de ces accidents contre lesquels je veux prémunir mes confrères.

On ne saurait trop établir la nécessité d'une précaution excessive pour décider de l'existence de la grossesse. Je parle sur ce point avec la plus grande confiance parce que j'ai porté à ce sujet la plus grande attention. Dans une discussion approfondie sur la valeur des signes de la grossesse, je fus amené, il y a quelques années, en 1857, à assurer que le pouls fœtal est le seul signe positif sur lequel on puisse fonder l'existence de la grossesse. Je n'étais pas d'accord avec mon ami, le docteur Montgomery, de Dublin, certainement une éminente autorité à cet égard. Mais, quelque temps avant sa mort, le docteur Montgomery m'écrivait qu'il acceptait et qu'il soutenait à son tour l'opinion que j'avais émise.

Une fois l'absence de la grossesse bien constatée, il faut se mettre dans l'esprit que, comme dans d'autres cas, de rétrécissement de l'urètre chez l'homme, par exemple, l'action spasmodique cesse souvent d'une manière soudaine après une douce et lente pression et permet l'entrée de l'instrument; et que, dans les fréquents exemples de déplacement de l'utérus, il est quelquefois nécessaire de pousser légèrement le fond de la matrice pour redresser cet organe avant que des instruments puissent être introduits. Les cas où l'utérus et les ovaires étant dans un état normal, il y a cependant obstruction des trompes de Falloppe, par suite d'une péritonite générale, sont tout à fait au-dessus du traitement chirurgical, en dépit de l'ingénieuse, mais impraticable proposition de Tyler Smith : le cathétérisme des trompes. Dans des cas pareils, la menstruation peut ou non exister. Cependant si les deux trompes sont fermées, le passage de l'œuf et de la semence est absolument empêché, et la conception fatalement impossible. Alors, la possibilité d'une hématocèle péri-utérine, par une hémorrhagie ovarique, excitée par l'ovulation, doit venir à l'esprit.

Trois classes d'aménorrhée restent encore pour le traitement chirurgical. — La sixième de notre énumération, celle qui est due à l'occlusion complète congénitale ou acquise du canal générateur, a été l'objet de nombreux travaux des chirurgiens et des accoucheurs. Un seul point, quant à ce qui la concerne, a été complètement perdu de vue, savoir : le danger, après une opération si simple, d'une terminaison fatale. Cependant l'explication de ce fait est très simple et la conduite à tenir ne l'est pas moins.

Une petite incision, qui est faite généralement dans la crainte d'occasionner un collapsus en vidant trop promptement l'utérus, amène presque assurément, dès que l'écoulement a commencé, des contractions utérines violentes pour chasser le sang épaissi par la rétention des menstrues, comme cela a lieu après l'accouchement, par la présence de caillots, de débris de membranes étrangères à la cavité utérine. Pendant ces contractions, la sortie naturelle étant empêchée, il n'y a pas de doute que parfois le fluide retenu ne reflue vers les trompes de Falloppe, dans la cavité abdominale, et ne cause une péritonite fatale. Par une large incision, l'utérus serait vidé aussi rapidement, aussi complètement que possible, et en ajoutant au besoin de douces injections d'eau tiède ou d'eau de savon, et de plus une compression des parois abdominales, on aurait du succès. C'est par un procédé pareil que j'ai aidé, il y a dix ans, mon ami le docteur Malcolm, d'Édinbourg.

Avant d'entreprendre cette opération, je suis de plus en plus porté à me précautionner pour tout ce qui concerne les viscères pelviens. Il est bien d'avoir recours au traitement préparatoire recommandé par Clary, de Manchester, dans les cas d'ovariotomie, en administrant pendant plusieurs jours des doses de fiel de bœuf *(ox-gall)*. J'ai l'habitude aussi, en assimilant ce qui caractérise l'érysipèle, la fièvre puerpérale à la péritonite, de compter quelque peu sur l'administration préparatoire du muriate de fer.

Il est des cas où il existe des lésions organiques de l'utérus lui-même, de ses parois ou de la muqueuse utérine. Il y a peu

de ces affections qui causent l'aménorrhée; telles sont l'hypérémie de la membrane muqueuse et la ménorrhagie, et l'on ne peut s'en assurer que par des tentes expansibles qui peuvent révéler d'une manière inattendue, comme c'est arrivé souvent, les restes d'une conception depuis longtemps passée ou oubliée. C'est dans le premier de ces cas, spécialement quand il a suivi une attaque de métrite, qu'on retire les meilleurs résultats d'une application directe, sur la membrane qui revêt la cavité utérine, de nitrate d'argent ou d'autres stimulants en substance, ou en solution avec une éponge. Ceci devrait être fait à l'aide d'instruments construits pour ce dessein, et ne serait-il pas bien d'employer le galvanisme avec une éponge entourée de fil métallique à travers une longue canule courbe; on obtiendrait un meilleur effet que par aucun autre mode qui ait été employé pour l'aménorrhée. Je condamne décidément l'usage de toute espèce d'injection intra-utérine, excepté, comme je l'ai dit, pour nettoyer la cavité après la rétention des mois. D'abord, parce qu'on ne peut nullement contrôler leur action, et puis elles sont accompagnées de beaucoup plus de hasard.

La dernière de mes classes, les faits qui dépendent de l'inflammation de l'ovaire, comme dans beaucoup de cas de fausse grossesse ou de trouble fonctionnel organique, semblent du domaine strictement médical. Au contraire, c'est par un appel direct vers l'utérus lui-même, par l'une des méthodes dont nous venons de parler, que nous voulons combattre la lésion ou l'aberration fonctionnelle. Dans beaucoup de cas de phthisie commençante, par exemple, où il n'y a point d'évacuation supplémentaire et conséquemment point d'erreur de diagnostic, la maladie a été détournée, ou si déjà elle était développée, elle a été enrayée.

Tout flux anormal ou excessif doit, par conséquent, être attaqué par tous les moyens en notre pouvoir; mais tous ces moyens sont insuffisants, à moins qu'ils ne soient accompagnés d'un traitement dirigé sur l'utérus lui-même. Ainsi, le diabétès et l'hématurie, la leucorrhée et les hémorrhoïdes, la dysenterie chronique, la salivation, la galactorrhée, toutes ces affections,

toutes les fois qu'elles sont liées à l'existence de l'aménorrhée, peuvent être elles-mêmes entretenues par le véritable repos de la matrice; de telle sorte que, quelque paradoxal que cela paraisse, pour éloigner la cause, il est nécessaire de faire disparaître l'effet.

Aux diverses classes déjà énumérées, je dois en ajouter une autre intéressante par sa rareté. Ce sont les cas où les ovaires manquent, soit congénitalement, soit par suite d'opération, quoique l'utérus soit présent. Dans le dernier cas, son histoire le fait connaître. Dans le premier, le diagnostic ne peut être acquis en général qu'après une longue étude. Quant au traitement, nous ne pouvons que rappeler ce que nous avons dit pour l'absence de l'utérus : combattre la pléthore locale ou générale qui peut exister, et, pour le reste, se lier les mains.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Plaie de la face, revivification d'un vaste lambeau; par le docteur VALLIN, médecin en chef de l'hôpital d'Orléansville. — OBS. Ben Seliman ben Sachou, Arabe robuste et bien constitué, est apporté à l'hôpital militaire d'Orléansville le 15 novembre 1861, pour deux plaies assez étendues, l'une de la face et l'autre de l'épaule droite.

Un coup de yatagan avait été porté obliquement, sur la face, de gauche à droite. La plaie s'étendait depuis la lèvre inférieure, remontait sur la lèvre supérieure, divisait obliquement la narine du même côté, le cartilage nasal, déchirait les deux tiers externes de la paupière inférieure gauche, et la lame de l'instrument, arrivée sur l'éminence malaire, avait glissé sur cet os, et s'était arrêtée dans la lèvre supérieure, vers la commissure gauche, à 1 centimètre environ de celle-ci. Ce large lambeau, qui comprenait le nez avec ses cartilages, la partie antérieure du maxillaire supérieur avec les quatre dents incisives qu'il supporte, était complètement détaché de la face, et il était suspendu sur la partie supérieure de la poitrine par le simple pédicule que lui fournissait la lèvre supérieure. Ce pédicule, qui avait toute l'épaisseur de la lèvre, n'avait pas plus de 6 millimètres d'étendue en hauteur.

Après avoir bien lavé et nettoyé la plaie, M. Bontemps rapprocha les parties supérieures, et les maintint à l'aide de dix points de suture

et de bandelettes agglutinatives, fit un pansement simple à la plaie de l'épaule, et adressa le malade à M. Vallin, médecin en chef de l'hôpital d'Orléansville.

Le lendemain, la portion de la joue gauche, qui composait à elle seule presque toute la masse charnue du lambeau, était d'une température bien inférieure à celle de l'autre côté de la face; le lambeau paraissait comme flétri; les quatre incisives, fixées encore dans leurs alvéoles, lui étaient adhérentes. A l'aide d'un fil d'argent, on les assujettit aux deux premières molaires, la canine droite faisant défaut, celle de gauche ayant été brisée par le coutelas.

Sous l'influence des fomentations vineuses chaudes, la circulation ne tarda pas à devenir plus active; mais, au bout de quelques jours, les sutures de tout le côté gauche, principalement celles qui avaient été appliquées vers l'angle interne de l'œil et sous la paupière inférieure, entraînées par le poids du lambeau qui les tiraillait, se déchirèrent. L'indocilité du malade ne fut pas étrangère à l'insuccès de la réunion de cette plaie; sa langue était constamment occupée à repousser en avant les incisives, qui, disait-il, le gênaient. Pour assurer à ces incisives une rectitude et une solidité plus complètes, M. Valin les avait maintenues, indépendamment du fil d'argent qu'il avait placé dès le premier jour, à l'aide de deux petites bandelettes de gutta-percha placées, l'une en avant et l'autre en arrière des dents, en les fixant sur celles-ci par un autre fil métallique.

Le cinquième jour, l'indocilité du malade était poussée jusqu'à la fureur; toutes les ligatures étaient tombées par déchirure des tissus, celles mêmes qui avaient été appliquées aux lèvres supérieure et inférieure. Le lambeau avait glissé en vertu de son propre poids, et le nez était porté à gauche et un peu en bas. Après avoir remis toutes ces parties dans leur position normale, on procéda à une application de sutures, à l'aide de petites épingles; on en mit douze suivant toute la circonférence de la plaie. A l'aide de deux petits crochets mousses introduits dans les narines, et fixés au fond par quelques bandelettes agglutinatives, on fit équilibre au poids du lambeau, qui ne pouvait plus alors tirailler les ligatures. Le fragment du maxillaire qui portait les incisives n'ayant pu être maintenu en place par suite de la chute d'une des molaires auxquelles le fil avait été fixé, et désespérant de le voir reprendre ses rapports par cicatrisation osseuse, on prit le parti de le détacher à l'aide du bistouri. Dès lors les choses marchèrent.

La plaie commença à se cicatriser par l'aile droite du nez, vers l'angle externe de l'œil, sur la pommette; mais la paupière inférieure avait été tellement meurtrie que son bord libre disparut dans la suppuration. La cicatrisation se fit, mais avec un ectropion. Le bandage unissant les lèvres avait été sans résultat; la cicatrisation ne s'était nullement faite, toujours par le fait de l'indocilité du malade; nous fûmes obligés, dit M. Vallin, de recourir au bistouri pour aviver les bords de la plaie de la lèvre supérieure, qui avaient une tendance à se cicatriser séparément, de manière à former une échancrure disgracieuse, comme on les rencontre dans certains becs de lièvre. L'avivement fait, je plongeai deux fortes épingles dans l'épaisseur des deux lèvres de la plaie, et dans les intervalles de ces deux sutures j'en appliquai d'autres, mais plus superficielles. Malgré ces précautions, les ligatures superficielles s'étaient déchirées, mais les profondes avaient tenu bon. La cicatrisation s'était faite du fond de la plaie à la surface, ne laissant qu'un petit sillon reliant la narine droite à la commissure des lèvres.

Le 16 janvier, le malade sortait de l'hôpital parfaitement guéri, à part l'ectropion, qu'il n'a pas voulu se laisser opérer, se trouvant trop heureux d'avoir recouvré une pareille figure.

Ce fait de chirurgie n'offre certainement rien qui soit digne d'être noté d'une façon toute spéciale; il nous a paru, cependant, intéressant au point de vue de la revivification d'un lambeau si vaste et si étendu, retenu seulement à l'organisme par un pédicule aussi faible. (*Gazette médicale de l'Algérie*, 1864).

Tétanos guéri par l'application de glace sur le rachis. — Un enfant de 11 ans fit, le 20 octobre 1863, une chute sur le cou; elle ne laissa pas de traces, mais, dès le lendemain, il ne pouvait plus mouvoir la tête. Le troisième jour, les mâchoires commencèrent à se rapprocher; le moindre mouvement le faisait crier. Ce fut dans cet état qu'il entra au *Bath united hospital* le 3 novembre.

A partir de ce jour, il éprouva de légers mais très distincts accès de spasmes, avec contraction des muscles des bras et de la face, accompagnés de cris violents. Grande sensibilité au toucher, au niveau de la cinquième et sixième vertèbres cervicales.

Le 8, les mâchoires sont fortement rapprochées; il a, tous les quarts d'heure, un spasme général avec contraction des bras et du dos. (Calomel, térébenthine, opium).

Le 11, M. Falconer trouve les muscles de la face, les muscles pectoraux et abdominaux contractés et durs; le moindre mouvement imprimé arrache des cris; intelligence intacte, pouls à 100. On applique de la glace en permanence sur le rachis.

Le 14, on reconnaît un opisthotomos complet; les accès de spasme sont de plus en plus violents.

Le 16, on constate un peu d'amélioration; le 17, les mouvements peuvent être exécutés sans causer de souffrance. A partir de ce jour il n'y a plus eu d'accès distincts. Les muscles reprennent leur souplesse. Seuls, ceux du cou et des mâchoires sont demeurés rigides jusqu'au 22. Le 25, il a pu écarter les mâchoires. La glace a été maintenue jusqu'au jour de sa sortie de l'hôpital, en parfaite guérison, le 29 novembre. (*British medical journal,* 16 avril 1864).

L'heureux effet de la glace a sans doute été manifeste dans ce cas. Mais il faut considérer que la nature de la chute et la sensibilité de la région cervicale prouvaient ici l'existence d'une lésion réelle et circonscrite de la moëlle. La glace aurait-elle la même efficacité dans un cas de tétanos sans localisation aussi bien déterminée?

Sur l'emploi du laminaria digitata pour faire des tentes utérines, par le docteur J.-G. Wilson, professeur d'accouchements à l'Université d'Anderson, à Glasgow. — La substitution du *laminaria digitata* à l'éponge préparée pour faire des tentes utérines est due au docteur Sloan (d'Ayr), et c'est sur ses recommandations que M. Wilson s'est décidé à se servir également de cette substance.

Les tiges de cette plante ont une forme cylindrico-conique. Quand elles ont été desséchées et qu'on les expose ensuite à l'humidité, elles triplent ou quadruplent de volume. Les mucosités sécrétées par le col utérin produisent facilement ce changement de volume; du reste, quand l'imbibition se fait incomplétement, on peut l'activer au moyen d'injections tièdes faites de temps en temps.

Les tiges récentes, jeunes de *laminaria,* doivent être préférées aux autres. M. Wilson en taille des tentes longues de 1 pouce 1/2 à 1 pouce 3/4. Il recommande de les faire terminer assez brusquement en pointe plutôt que de leur donner une forme conique; cette dernière forme ne produit pas une dilatation assez régulière et elle facilite le déplacement de la tente. Il convient d'entourer aussi peu que possible l'iodure qui recouvre les tiges, cette écorce possédant un pouvoir d'expansion plus marqué que la partie centrale.

M. Wilson a l'habitude de laisser macérer les tiges qu'il emploie et de les laisser se dessécher ensuite à deux ou trois reprises, de manière à les débarrasser autant que possible des substances salines qui les imprégnent. Grâce à cette préparation, d'ailleurs, il paraît que la propriété expansive de la tige, loin de se fatiguer, augmente au contraire.

M. Wilson ne prétend pas substituer d'une manière absolue la *laminaria* à l'éponge préparée. Il déclare même expressément que dans certains cas il se sert volontiers de celle-ci pour compléter la dilatation, mais la laminaire lui paraît toujours préférable pour le début; elle est plus résistante que l'éponge, et on l'introduit plus facilement dans la cavité du col.

Par contre, M. Wilson croit que la laminaire remplacera toujours avec avantage les tentes faites avec la racine de gentiane ou d'autres substances du même genre.

Les tentes de laminaire ont encore sur celles faites avec de l'éponge préparée un grand avantage : c'est qu'elles sont loin de provoquer un écoulement aussi fétide que celles-ci. En outre, elles sont d'un prix beaucoup moins élevé. (Voyez la note de la page 221.)

(Gazette médicale de Paris.)

Préparations de viande crue, de l'hôpital des Enfants malades. — Nous avons maintes fois signalé les bons effets de la viande crue prescrite dans certaines diarrhées, d'après la méthode du docteur Weisse de Saint-Pétersbourg. Cette médication bizarre est très employée à l'hôpital de la rue de Sèvres chez les enfants, et voici quelques-unes des formes que lui donne M. Reveil, pharmacien de cet hôpital.

Marmelade de musculine.

Pr. Filet de bœuf cru........... 100 grammes.

Enlevez avec soin les aponévroses et toute la matière grasse; hachez menu; pilez dans un mortier en bois et ajoutez :

Sucre pulvérisé.............	20	grammes.
Chlorure de sodium.........	1 50	cent.
— de potassium.......	0 50	—
Poivre noir pulvérisé........	0 20	—

A prendre par cuillerée à café dans la journée. On peut remplacer le filet de bœuf par les muscles de poisson, par ceux du poulet ou du veau.

La préparation qui précède a si parfaitement réussi à l'hôpital des Enfants malades et en ville, qu'on peut n'en pas chercher de meilleures. Cependant, nous devons dire qu'en Allemagne on emploie des extraits et des sirops de viande qui commencent à s'introduire en France, et dont l'existence ne saurait être ignorée. Ainsi, dernièrement M. Guichon a présenté à la Société de médecine de Lyon, sous le nom de *musculine* du filet mignon privé de toute substance alibile, desséché avec soin et avec lequel on fait des pastilles qui renferment 3 grammes 50 cent. de viande, dont le goût est complétement dissimulé, et que les enfants prendront sans répugnance. 100 grammes de musculine représentent 175 grammes de viande crue; la dessiccation se fait à la température ambiante et enlève à la viande 77 0/0 d'eau. Ces pastilles se conservent longtemps sans subir d'altération.

A l'hôpital des Enfants malades, M. Réveil n'a pas, que nous sachions, cherché à imiter M. Guichon, mais il a composé un sirop qui peut remplacer les extraits et sirops allemands, et dont voici la formule :

Sirop de musculine.

Pr. Muscles de veau lavés, dégraissés et hachés menu.............	100 grammes
Eau..............................	500 —
Acide chlorhydrique pur.......	0 50 cent.
Chlorure de potassium.........	0 50 —
— de sodium............	0 50 —

Mêlez et agitez de temps en temps. Après douze heures de macération, passez; filtrez et faites dissoudre à la température de 35 à 40° après avoir ajouté 9 litres d'eau pour obtenir 500 gr. de liquide, et

Sucre blanc.................... 1000 grammes.

Action de l'écorce de panama sur l'appareil urinaire. — Une dame de Gand se réveillant la nuit, pressée par la soif, se saisit d'un verre d'infusion d'écorce de Panama qui avait été mis en réserve, et en avala d'un trait une quantité évaluée à un huitième de litre. S'apercevant aussitôt de son erreur, elle chercha à se rassurer et se rémit au lit; mais elle ne put se rendormir. Au bout de quelques minutes, prise de frisson, de malaise général et principalement épigastrique, de sueurs froides, de tremblement, elle n'eut que le temps d'appeler et tomba en syncope. A l'arrivée de M. le docteur Lesseliers, averti immédiatement, la syncope était dissipée; mais il y avait des nausées

et des vomissements, des gardes-robes, et surtout un besoin pressant et continuel d'uriner; en même temps peau froide et humide, claquements des dents, anxiété précordiale très pénible, lenteur et petitesse du pouls. Regardant ces phénomènes, ceux du moins qui avaient lieu du côté des voies d'excrétion, comme des phénomènes critiques par lesquels l'économie se débarrassait de l'agent toxique, ne sachant d'ailleurs à quel antidote recourir dans ce cas particulier, notre confrère crut plus rationnel d'observer et de surveiller la marche des accidents : il se borna donc à administrer du thé, dans le but de favoriser l'élimination. Pendant plusieurs heures les besoins d'uriner continuèrent, et la malade rendit par la miction une quantité considérable de liquide. Peu à peu les troubles se dissipèrent : le lendemain, il ne restait que de la céphalalgie, de la soif, un peu de fatigue, de pesanteur générale, et tout était rentré dans l'ordre le jour suivant.

Les accidents qui viennent d'être rapportés étaient-ils les symptômes d'un véritable empoisonnement qui, si la dose eût été plus forte, eût pu se terminer d'une manière funeste? Une disposition idiosyncrasique, la terreur, n'y réclament-elles pas une part? La question est certes importante, et il ne serait pas sans intérêt d'en chercher la solution expérimentalement, en l'absence de données dès à présent suffisantes pour la résoudre. L'écorce de Panama, qui n'est autre chose que le liber du *quillaya saponaria,* analysée par MM. Henry et Boutron et par M. Lebeuf, a donné à ces chimistes, de même que notre saponaire et quelques autres plantes, une substance particulière, qui n'est autre chose que la *saponine.* Or, on sait que la saponine irrite les muqueuses, qu'elle agit à la manière des émétocathartiques et comme diurétique; mais nous ne sachions pas qu'elle ait jamais été considérée comme susceptible de donner lieu à des accidents toxiques mortels.

Quoi qu'il en soit, M. Lesseliers, ayant remarqué comme symptôme dominant, dans le fait dont il a été témoin, les besoins fréquents d'uriner, a pensé que l'écorce de Panama pourrait être employée comme diurétique. Il a cherché à contrôler cette hypothèse par l'expérience, et a fait prendre à deux malades atteints d'ascite symptomatique une infusion de 15 et 12 grammes de cette écorce pour 200 grammes de colature, et il y a eu en effet une diurèse qui s'est prolongée pendant toute la durée de l'administration; seulement celle-ci a dû être promptement supprimée, à cause du dégoût invincible et de la perte d'appétit éprouvés par les malades.

Ajoutons, pour finir, que MM. Copée, Somers et Dumoulin, chargés d'examiner la communication de M. Lesseliers, remarquant que celui-ci a noté surtout la sensation presque incessante du besoin de la miction, ont émis la supposition que peut-être l'action du principe actif de l'écorce de Panama se porterait sur la sensibilité et la contractilité du réservoir urinaire plus spécialement que sur la fonction sécrétoire des reins, et qu'alors cette substance pourrait être propre à combattre les affections vésicales résultant d'insuffisance d'afflux nerveux, certaines paralysies, l'incontinence d'urine, etc.

(*Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand,* janv. et févr. 1864.)

Accidents déterminés par la migration d'une racine de dent. — Une jeune dame, adressée il y a quelques mois à M. Delestre par un de nos confrères de province, présentait du côté gauche de la voûte palatine, au niveau de la première molaire, absente, à 1 centimètre environ du rebord gingival, une perte de substance régulièrement arrondie, noirâtre, de la largeur d'une petite lentille, à bords taillés à l'emporte-pièce. Plusieurs médecins avaient été successivement consultés, et l'affection regardée par eux comme une carie du maxillaire, avait été soumise à divers traitements, qui tous étaient restés sans succès. M. Delestre essaya de reconnaître, à l'aide d'un stylet, à quelle affection osseuse il avait affaire; l'instrument frappait sur une partie éburnée et ne donnait ni la crépitation de la carie, ni la rudesse d'un séquestre. En appuyant fortement de côté et d'autre, il crut sentir un peu de mobilité : introduisant alors les deux mors très-effilés d'une pince à racine, il retira, à son grand étonnement, une racine de dent, large de près de 1 centimètre. Cette racine provenait évidemment de la première molaire; elle avait cheminé dans l'épaisseur du maxillaire et était venue se placer perpendiculairement à la voûte palatine. La malade, revue au bout de quinze jours, était complétement guérie. (*Revue de thérapeutique Médico-Chirurgicale.*)

Communication de l'oïdium à l'homme. — M. Mêlier transmet à l'Académie quelques extraits d'une lettre de M. Collin, inspecteur de l'établissement thermal de Saint-Honoré, sur l'inoculation présumée de l'oïdium à l'homme.

Voici les faits dont cette lettre contient l'exposé :

Premier fait. — Un malade atteint de fièvre survenant le soir, avec langue sèche et peau brûlante, déclare s'être fait en taillant sa vigne

une petite blessure dont il souffre beaucoup. La plaie paraît insignifiante et correspond à la partie moyenne de la face antérieure du tibia; il existe cependant une légère auréole inflammatoire. Trois jours après, toute la jambe est énormément gonflée et couverte de larges phlyctènes pareilles à celles de la brûlure, mais noirâtres et remplies de sérosité M. Collin pratique un large débridement. Voici, à dater de ce moment, la succession des symptômes : légère stupeur, éruption générale pareille à celle de la scarlatine; *muguet;* phlegmon diffus occupant la jambe et la cuisse. Aujourd'hui, toutes les parties situées au-dessous des phlyctènes sont mortifiées, la gangrène est limitée, mais le malade est en grand danger.

Deuxième fait. — Le curé de la même localité, atteint de fièvre rémittente comme le précédent, porte à la main gauche une petite plaie qu'il s'est faite la veille au niveau de l'articulation du métacarpe avec la phalange du petit doigt. Le lendemain, phlyctènes noirâtres, occupant toutes les parties postérieures de la main, au-dessous de laquelle les tissus sont mortifiés. On apprend alors que cette plaie a été faite en *taillant un cep de vigne.*

Dans la pensée que l'oïdium pourrait être pour quelque chose dans cet empoisonnement, M. Collin a visité la vigne et l'a trouvée couverte de ce cryptogame, et depuis ce jour tous les accidents par lesquels est passé le premier malade se renouvellent chez le curé : fièvre, stupeur, exanthème, *muguet,* phlegmon diffus occupant chez ce sujet le bras et l'avant-bras; les tissus se mortifient rapidement; la gangrène n'est point encore limitée.

Troisième fait. — Six semaines auparavant, M. D..., pharmacien, s'était fait au médius droit une légère écorchure en taillant une vigne couverte d'oïdium; le doigt tout entier s'est couvert de petites vésicules laissant suinter de la sérosité blanchâtre et au-dessous desquelles les tissus étaient mortifiés. Chaque vésicule est représentée aujourd'hui par un tissu cicatriciel. L'inflammation s'est étendue sur tout l'avant-bras et le bras, mais heureusement sans phlegmon.

M. Collin a cherché à inoculer ce virus à un lapin; il attend le résultat.

Des faits nombreux, ajoute M. Mêlier, ont démontré la transmission de maladies des animaux à l'homme. Voilà des faits nouveaux qui tendraient à démontrer que les maladies des végétaux peuvent aussi lui être transmises. Il est une circonstance à remarquer dans ces faits, c'est l'existence du *muguet,* qui est intéressant de rapprocher

des observations de quelques micrographes modernes qui ont constaté l'existence d'un oïdium dans le muguet et d'un cryptogame dans la teigne. Il y aurait là une singulière et belle confirmation de leurs vues. On remarquera d'ailleurs la circonspection de l'auteur de la lettre, qui s'est borné à présenter cette explication comme probable, sans rien affirmer encore à cette égard.

M. le Président demande si l'auteur désire que sa communication soit renvoyée à une commission.

M. Mêlier répond que l'auteur se propose de poursuivre ses observations et d'envoyer prochainement un travail plus complet sur ce sujet. Il pense qu'il serait plus opportun d'ajourner à cette époque la nomination d'une commission. (Voir ci-dessous.)

Inoculation de l'oïdium. — M. Mêlier donne lecture d'une nouvelle lettre de M. le docteur Colin, relative aux trois cas d'accidents graves produits par l'inoculation de l'oïdium tucierki. Un des malades a succombé; un autre est dans une situation très-périlleuse. L'auteur signale la manifestation de trois nouveaux cas qui se sont produits à la suite de blessures semblables. Une première expérience faite sur un lapin est restée sans résultat.

Bons effets des scarifications dans le traitement de l'amygdalite. — La pharyngite franche ou l'amygdalite n'est pas en général une affection grave; mais on sait à quel point elle est pénible, et cette circonstance explique la peine qu'on s'est donnée pour la combattre. Cependant, quoi que l'on fasse, il est rare qu'elle ne dure pas au moins huit jours, et c'est pour cela que la plupart des cliniciens se bornent à conseiller les gargarismes émollients, les pédiluves et la patience. Si les gargarismes salés, si l'alun et le nitrate d'argent ont parfois arrêté les accidents dans leur cours, c'est que le mal était encore au début; autrement ces topiques ne font qu'accroître les angoisses du malade. Les sangsues appliquées au cou et la saignée n'agissent guère plus heureusement. Nous disons les sangsues appliquées au cou, car placées directement sur les tonsiles ces annélides ont donné des résultats très-satisfaisants; mais comme ce moyen répugne à beaucoup de malades et d'ailleurs que la constriction des mâchoires ne permet pas toujours d'y recourir facilement, il vaut mieux leur préférer les mouchetures et les scarifications vantées par Asclépiade.

Cette pratique est excellente, et dans un article que publie la *Gazette des Hôpitaux,* M. Champouillou déclare qu'au point de vue de

la facilité d'exécution et de la promptitude des résultats, il n'est point de procédé curatif supérieur à celui-là. A l'appui de cette assertion, M. Champouillou produit une observation très instructive que l'honorable professeur rapporte en ces termes :

« Le 23 novembre 1858, dit-il, je fus appelé, vers dix heures du soir, près de M. S...., adjudant sous-officier, atteint d'une amygdalite double datant de deux jours. Les deux tonsiles, extrêmement volumineuses, se touchaient, poussant devant elles la luette, le voile et les piliers du palais; l'orifice guttural était complétement fermé; des taches livides marquetaient la muqueuse palatine infiltrée. Le malade, tombé dans une sorte d'anéantissement, présentait déjà des signes d'asphyxie occasionnée par l'insuffisance de la respiration.

» Avant son entrée au Val-de-Grâce, M. S.... avait pris un vomitif, et deux fortes saignées du bras lui avaient été faites par le médecin du régiment, ce qui n'avait point empêché l'affection de suivre son cours et de prendre un développement extraordinaire.

» Agir était chose urgente; mais que faire pour sauver le malade d'une mort très prochaine? Me ressouvenant à propos d'avoir vu jadis Casimir Broussais recourir aux mouchetures dans un cas analogue, je me décidai aussitôt pour le même moyen. Bien qu'il fût assez difficile de maintenir ouverte la bouche du malade, je réussis néanmoins à sillonner les amygdales et la voûte palatine de scarifications nombreuses, lesquelles fournirent une notable quantité de sang. Le soulagement fut presque immédiat, et pendant la nuit la résolution marcha avec une rapidité telle que, le lendemain matin, la déglutition était redevenue possible et à peine douloureuse. Six jours après M. S.... était en état de quitter l'hôpital. »

Depuis cette époque, M. Champouillou a adopté pour tous les cas d'amygdalite, de quelque importance, le procédé des scarifications. 79 fois sur 83 ce procédé a fait disparaître le mal au bout d'un jour et demi en moyenne. Toutefois il importe, pour que le but soit atteint, que les scarifications comprennent l'épaisseur de la muqueuse dans une étendue d'un centimètre. De cette façon il y a à la fois écoulement direct du sang, et débridement d'où résulte un soulagement immédiat et si frappant, que l'auteur n'hésite pas à déclarer que cette méthode est pour lui l'idéal de la thérapeutique de l'angine tonsillaire aiguë à toutes ses periodes. *(Journal de méd. et de chirur. prat.)*

Observation pour servir à l'histoire des altérations locales des nerfs,

par M. Ch. Verneuil, chirurgien des hôpitaux. — Il s'agit, dans cette observation, d'une névralgie du prépuce, avec phimosis, pertes séminales et troubles variés et très prononcés de la santé générale. M. Verneuil fit l'ablation de la moitié du prépuce exubérant, et il guérit son malade. L'examen anatomique de la portion réséquée du prépuce révèle une altération remarquable des nerfs qui y étaient contenus. M. Verneuil l'a décrite sous le nom de *névrôme plexiforme.*

Voici, en résumé, en quoi consistait cette altération : Les nerfs, assez rares et grêles à une certaine distance de l'orifice du prépuce, paraissaient, au contraire, plus gros, plus nombreux vers celui-ci, de manière à constituer un réseau plexiforme très-riche, formé de nerfs serpentins entre-croisés, et paraissant à peine diminués de volume, malgré leur bifurcation et les ramifications émises; d'où il résultait que la somme de rameaux fournie par un tronc dépassait de beaucoup en volume le tronc générateur. Cette multiplication apparente des filets nerveux tenait à une lésion particulière des dernières ramifications. L'enveloppe des tubes était très épaissie, de manière à former, de chaque côté du filet nerveux, une bande claire, transparente, épaisse et constituant une tunique complète et solide. Cette tunique augmentant souvent d'un quart, d'un tiers, de moitié et plus le volume total des faisceaux nerveux, on s'expliquait ainsi comment deux branches partant d'un tronc égalaient chacune le volume de ce dernier.

Dans un grand nombre de filets plus grêles, l'altération allait plus loin : l'enveloppe n'était pas seule épaissie; il semblait que le tissu qui la forme s'était également hypertrophié dans l'interstice des tubes primitifs, de manière à écarter ceux-ci les uns des autres, et à les tenir à distance. Le filet nerveux, muni d'une tunique transparente, semblait, à son centre, composé de bandes parallèles au grand axe, alternativement sombres et translucides : les raies sombres répondaient à la présence d'un tube nerveux, les raies transparentes à la substance interposée. Un de ces rameaux qui, dans l'état normal, n'aurait pas contenu moins de 40 à 50 tubes primitifs, eu égard à son volume, n'en renfermait néanmoins qu'un seul, entouré d'une enveloppe extrêmement épaisse.

M. Verneuil ajoute que cette altération s'est déjà offerte deux fois à son observation avec les caractères qui viennent d'être exposés. Dans les deux cas, l'hypertrophie énorme des nerfs formait sous la peau des tumeurs d'une dimension considérable. La douleur spontanée et la sensibilité au toucher faisaient d'ailleurs complétement défaut. Les

nerfs cutanés du plexus cervical, intéressés dans les deux cas, avaient acquis en plusieurs points le volume d'une plume d'oie; ils avaient plus que centuplé de volume et formaient des plexus à mailles entre-croisées et anastomosées en tous sens.

Ces tumeurs paraissaient congénitales; du moins, aucune cause antérieure appréciable ne pouvait être accusée de leur développement, et elles ne furent opérées qu'en raison du volume qu'elles prenaient de jour en jour. Quoique, dit l'auteur, l'absence de douleurs soit difficile à comprendre en présence d'une altération aussi prononcée, et qu'elle différencie complétement ces cas de celui que j'ai rapporté plus haut, la lésion doit désormais prendre rang dans le cadre nosologique à côté du névrôme circonscrit, dont l'histoire est mieux connue, et qui porte plus particulièrement sur les troncs nerveux d'un certain volume, tandis que le névrôme plexiforme semble atteindre plutôt les terminaisons périphériques *(Archives de médecine.)*

CHRONIQUE.

Association générale des Médecins de France. — La Société centrale a procédé, dans la séance du 10 mai, aux adhésions suivantes :

MM. Durand (de Lunel), Ehrard, Fournez, Martineau, Parchappe.

— M. le Dr Leroy fils (d'Étiolles) vient de faire don à l'Association générale de la somme de 500 francs, spécialement assignée à la caisse de pensions viagères d'assistance, cette pieuse institution, qui, si elle était aussi bien comprise par tous que par ses généreux donateurs, arriverait rapidement à fonctionner, en soulageant un grand nombre de souffrances.

— Un congrès médical aura lieu, à Lyon, au mois de septembre 1864. Nous ferons très incessamment, dès que la Commission organisatrice nous l'aura communiqué, connaître le programme de ce congrès.

— Le Dr Ernest Godard a fondé un prix qui doit être décerné, par la Société d'Anthropologie de Paris, *au meilleur Mémoire sur un sujet se rattachant à l'anthropologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé.*

Ce prix triennal de 500 francs sera décerné, pour la première fois, dans la séance solennelle du mois de mai 1865.

Les Mémoires manuscrits écrits en français, en anglais ou en latin, et les ouvrages imprimés en une de ces trois langues, et, en outre, en allemand, italien, portugais ou espagnol, doivent être adressés, avant la séance du 5 janvier 1865, au secrétariat de la Société d'Anthropologie, rue de l'Abbaye, nº 3.

Tous les Mémoires manuscrits ou imprimés lus en séance ou admis par la Société pourront, sur la demande formelle de leurs auteurs, être admis au concours, à la seule exclusion des travaux couronnés par une autre Société avant leur dépôt au secrétaire de la Société.

De son côté, la Société de Biologie a décidé, dans sa séance du 7 mars 1863, que, tous les deux ans, elle décernerait un prix au nom du Dr Ernest Godard.

On se souvient que ce savant si regretté avait inséré la clause suivante dans son testament daté de Jérusalem, le 3 septembre 1862 ;

« Je lègue à la Société de Biologie de Paris, ou, si elle n'est pas reconnue, je lègue à son Président une somme de *cinq mille francs*, dont les revenus, *tous les deux ans*, formeront le capital d'un prix qui sera donné *au meilleur Mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie*. Aucun sujet de prix ne sera proposé.

» Dans le cas où, une année, le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard. »

Après avoir rempli les conditions légales, la Société a fixé à la réunion la plus rapprochée du 6 janvier, jour de naissance du testateur, la remise du prix Godard.

Adresser les Mémoires imprimés ou manuscrits, avant le 1er novembre 1864, au Président de la Société de Biologie, 14, rue de Londres.

— Le prix Godard, à la Société Anatomique, accordé au meilleur Mémoire, manuscrit ou imprimé, concernant l'anatomie normale, l'anatomie pathologique, la tératologie, de la valeur de 420 francs, devant être décerné, pour la première fois, au mois de janvier 1865, les personnes qui désireront concourir devront envoyer *franco* leur travail à M. Poumet, archiviste de la Société Anatomique, rue Richelieu, 108, avant le 1er août 1864.

Les Mémoires imprimés avant le 1er janvier 1862 ne seront pas admis au concours. Les auteurs devront adresser, en même temps que leur Mémoire, leur nom, titres et adresse.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(d'Avril 1864).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE.			BAROMÈTRE.		DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS.
	Matin.	Midi.	Soir.	Matin.	Soir.			
				millimètr	millimètr.			
1	9	16	11	764,4	765,4	S – O.	Pluie.	Pluie fine par intervalle.
2	9,5	15,5	11,5	766,1	764,9	S. – O.	Couv.	Légère pluie le matin.
3	8	17	13	765,4	765,4	Ouest.	Couv.	Quelques goutt. de pluie.
4	8,5	19,5	12,5	765	765,9	Ouest.	Couv.	*Id.* le soir.
5	12	18,4	11,5	765,4	766,7	N.–O.	Couv.	*Idem.*
6	12	18	13	765,4	765,4	Ouest.	Couv.	
7	12	20,5	9	765,4	764,4	Ouest.	Beau.	Jolie journée.
8	4	15	7	762,8	764,4	N.– E.	Beau.	Quelques nuages.
9	4	17	8	763,8	765,4	N.– E.	Beau.	*Idem.*
10	5	19	10	763,3	760,7	N.– E.	Beau.	
11	8	20	13	762,3	760,3	Est.	Beau.	
12	9,5	22	14,5	759,3	757	Est.	Beau.	Très belle journée.
13	11	23	15	755,1	754,8	Est.	Beau.	*Idem.*
14	13	24	15	754,1	754,1	Ouest.	Beau.	Ciel nuageux.
15	13	19	15	755,6	757,2	Ouest.	Couv.	
16	14	15	9	757,8	759,2	Nord.	Pluie.	
17	6	15,5	8	761,3	763.9	Nord.	Beau.	
18	7	20	10	763,6	761.3	Est.	Beau.	
19	9	21	13	761,8	760,8.	S. – E.	Beau.	
20	12	22,5	15	760,3	758,9	S. – E.	Beau.	
21	13,5	23,5	16	758,7	757,6	S. - E.	Beau.	Quelques nuages orageux.
22	12	24,5	17	761,3	760,5	Sud.	Beau.	
23	13	25,5	18	761,3	760,3	Sud.	Beau	Quelques nuages.
24	16	25	17	760,8	761,3	S. - E.	Beau.	Ciel br. le m., qques nuag.
25	12	24,5	18	761,8	762,3	S. – E.	Beau.	Très belle journée.
26	16,5	26	18,5	761,8	762,8	S. – E.	Beau.	*Idem.*
27	16,5	18,5	15	765,4	765,4	N.–O.	Couv.	Temps orageux.
28	13	25	13	765,4	764,4	Ouest.	Couv.	Belle journée.
29	11,5	17,5	13,5	763,8	763.8	N.-O.	Beau.	Quelques gros nuages.
30	10	19	14	764,4	765,4	N.–O.	Couv.	Belle soirée.

Résumé des Observations météorologiques d'Avril 1864

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	16°5 les 26, 27.	26° le 26.	18°5 le 25.
Moindre...............	4° les 8, 9.	15° les 8, 16.	7° le 8.
Moyen	11° le 13.	20° les 11, 18.	13° les 3, 6, 11, 19, 28.

Chaleur du milieu du jour : 15 jours de 15° à 20°. — 15 jours de 20°5 à 26°.

BAROMÈTRE.

Maximum.................	766,7 mill. le 5.
Minimum............... ...	754,1 mill. le 14.
Medium.....	762 mill. les 8, 11, 25.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Toutes graduelles.

DIRECTION DES VENTS...... Le vent a soufflé du nord........	2	fois.
nord-ouest..	4	»
ouest.........	7	»
sud-ouest....	2	»
sud.......	2	»
sud-est......	6	»
est..........	4	»
nord-est.....	3	»

VENT DOMINANT : ouest.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux...........	19.
couverts....	9.
pluie.............	2.

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le mois d'avril a été généralement beau; à peine on a remarqué quelques pluies très légères. La température a été supérieure à celle qui s'observe ordinairement à cette époque, ce qui a contribué à faire régner une sécheresse exceptionnelle. Cependant, les vents ont été très variables, sans amener des perturbations atmosphériques sérieuses. La colonne barométrique, dans ces oscillations journalières, a obéi à une force toujours graduelle, et s'est maintenue à des hauteurs peu distantes de la hauteur moyenne.

Bordeaux. Imp. GOUNOUILHOU, ancien hôtel de l'Archevêché (entrée rue Guiraude, 11).

TRAVAUX ORIGINAUX.

1° De l'influence des changements rapides de climat sur la chaleur organique et spécialement sur la chaleur de l'urine;

2° Des conséquences que ces changements peuvent avoir sur la santé;

3° Précautions hygiéniques qui en résultent;

Par le Dr MESTIVIER, Médecin des Paquebots transatlantiques.

I

Quand un habitant des zones tempérées, sous lesquelles nous nous trouvons en Europe, passe dans des régions plus chaudes, il se produit une augmentation dans la température de son organisme.

L'exactitude de ce phénomène est démontrée depuis longtemps. — Dans ce trop court travail, je n'ai donc pas pour but de chercher à prouver de nouveau la vérité de ce fait : ce serait un soin inutile.

J'ai voulu seulement étudier dans quelles conditions ce fait se produit, quelles particularités l'accompagnent, quelles influences le modifient, et rechercher, s'il y a lieu, quelles sont les lois qui y président.

Travaux divers entrepris pour étudier les variations de température interne comparativement aux variations de température externe. — Des travaux et des expériences, entrepris à une époque plus ou moins récente, ont déjà éclairé ce point de physiologie. Mais tous ces travaux n'ayant pas été faits dans les mêmes conditions et présentant d'ailleurs des différences notables, j'ai essayé, pour bien me

rendre compte de ce phénomène, de l'étudier par moi-même.

Parmi les principaux observateurs qui ont publié leurs recherches à cet égard, il faut citer J. Davy qui a mis hors de doute cette augmentation de la température du corps, à mesure que la chaleur extérieure devient plus forte; Reynaud, chirurgien de la corvette la *Chevrette* (Voyage d'exploration dans les mers d'Asie, 1826); Eydoux et Souleyet (à bord de la *Bonite*); Brown-Sequard, et enfin M. le docteur Mantegazza, professeur de pathologie générale à l'Université de Pavie, lequel a observé, pendant un voyage de Bordeaux à Buenos-Ayres (et *vice-versâ*), à bord d'un paquebot à vapeur des Messageries impériales.

M. Mantegazza a bien voulu me communiquer, il y a un an, le résultat de ses observations *(Della temp. delle orine in diverse ore del giorno et in diversi climi. — Milano, 1862)*. Je ne pouvais choisir de meilleur guide pour entreprendre la série d'expériences dont j'offre ici l'analyse.

Pendant un voyage de Bordeaux à la Plata effectué aussi sur les paquebots-poste français (du 26 novembre 1863 au 18 février 1864), aller et retour compris, j'ai donc noté aussi souvent que cela m'a été possible le degré de température extérieure, d'une part, et en même temps le degré dans la température interne (172 observations).

Comme dans le travail qui m'a servi de modèle, j'ai choisi, pour mesurer la chaleur de l'organisme, le liquide qui me paraît offrir les meilleures garanties d'exactitude pour les recherches analogues : l'urine au sortir du canal de l'urèthre.

Avantages du choix de l'urine pour ces expériences. — Il est facile, en effet, de se rendre compte des raisons pour lesquelles l'urine se prête bien à ce genre d'expériences. Sécrétée dans les parties les plus profondes du corps; accu-

mulée au milieu des viscères profonds de l'abdomen dans un réservoir qui peut se vider sous l'influence de la volonté à toute heure et dans toutes les conditions de température extérieure imaginables, elle peut être reçue au sortir même du canal de l'urèthre sur la boule d'un thermomètre. Et l'on peut dire qu'à moins d'imaginer un instrument qui plonge dans la vessie elle-même, il est impossible de réunir de meilleures conditions pour n'être pas exposé aux erreurs de refroidissements susceptibles de se produire dans tout autre mode d'expérimentation. Un autre avantage de ce procédé, c'est de pouvoir régler la quantité d'urine convenable pour chaque expérience. Il est bien vrai que cela détermine une certaine attention et quelquefois même de la souffrance de se condamner ainsi à attendre une heure déterminée afin de satisfaire un besoin qui peut être pressant; mais la souffrance est souvent l'apanage des expérimentateurs, et, quand on a le bonheur d'arriver à un résultat, on l'oublie vite. L'objection la plus sérieuse à ce choix de l'urine, c'est la difficulté qu'il y a quelquefois à en excréter une quantité suffisante; en effet, dans les pays chauds, il arrive de temps en temps que cette sécrétion est très diminuée. Il faut avoir soin d'attendre un besoin pour avoir une quantité de liquide convenable.

Je crois donc qu'après le sang, qui serait le liquide par excellence pour donner très exactement la température de l'organisme (et l'on conçoit bien que l'on ne peut penser à s'en servir), l'urine recueillie dans des conditions satisfaisantes est ce qu'on peut trouver de préférable.

Des précautions nécessaires pour se mettre à l'abri des chances d'erreur, en prenant la température de l'urine. — M. Mantegazza recommande avant d'uriner sur le thermomètre de placer cet instrument dans une éprouvette et d'y verser de l'eau chaude. Quand le thermomètre marque 36°

environ, on vide rapidement l'eau chaude et on urine alors sur le thermomètre laissé dans l'éprouvette. J'ai toujours eu soin pour moi de faire toucher l'extrémité du prépuce au bulbe de l'instrument.

En prenant ces précautions préliminaires, on éloigne les chances d'erreurs qui pourraient résulter de la réfrigération de l'urine, soit dans le jet au contact de l'air, soit dans le contact des parois de l'éprouvette. L'urine, rencontrant ces parois à une température rapprochée de la sienne, subit alors un refroidissement très minime et très insignifiant.

J'ai toujours eu soin d'excréter l'urine le plus rapidement possible, et de regarder avec promptitude l'indication thermométrique aussitôt que je jugeais avoir une quantité assez satisfaisante de liquide dans le vase. Il ne faut pas toujours attendre d'avoir terminé complètement d'uriner, car on pourrait trouver une différence en moins dans l'indication du thermomètre. Au commencement de mes expériences, j'ai dû en supprimer quelques-unes défectueuses sous ce rapport. Il faut donc, je le répète, dès que l'on a une assez grande quantité d'urine dans le vase, la porter vite devant ses yeux sans en sortir le thermomètre, et noter l'indication : après on finit d'uriner.

Ces petits soins paraîtront peut-être minutieux, mais je puis assurer qu'ils sont indispensables pour avoir des observations exactes. Du reste, avec un peu d'habitude, au bout de quelques essais, on a acquis toute l'habileté nécessaire pour ces observations.

J'ai fait les miennes avec un thermomètre à mercure dont le bulbe était allongé, et, au lieu d'une éprouvette en verre, je me suis servi d'un vase allongé en faïence, et dont les parois avaient une certaine épaisseur, pensant que ces parois étaient plus lentes à se refroidir une fois que leur température avait à peu près celle de l'urine.

Remarques sur les conditions dans lesquelles se sont trouvés les divers expérimentateurs. — Les travaux que j'ai mentionnés plus haut doivent être rangés dans deux catégories; une première dans laquelle il faut placer les observateurs dont les déplacements ont été lents, puisqu'ils se sont effectués sur des navires à voiles, et une seconde dans laquelle les déplacements ont été très rapides et se sont faits presque complètement en latitude à bord des bateaux à vapeur de grande marche.

De plus, les premiers ont opéré comme on le fait ordinairement pour cette sorte de recherches, en expérimentant soit dans l'aisselle, soit sous la langue, soit à l'épigastre, etc. Les seconds ont observé dans des conditions identiques de voyage sur des navires analogues, opérant sur l'urine qui, ainsi que je l'ai dit, me paraît préférable à tout autre élément d'observation.

Ces conditions très opposées établissent donc des différences dans les résultats. Les observations de M. Mantegazza et les miennes, qui se rangent dans cette seconde catégorie, offriront donc des résultats opposés quelquefois à ceux qui ont été obtenus dans la première.

J'ai consigné le résultat général et même le détail de toutes mes expériences dans deux tableaux.

Le premier donne le nombre d'observations quotidiennes, et en regard la moyenne de la température externe et celle de la température interne.

Dans le second, j'ai établi les différences dans les deux températures d'un jour à l'autre.

II

Dans un voyage où les déplacements en latitude sont [illegible]
considérables et aussi rapides, la première pens[illegible] . aussi
[illegible] qui doit

venir à l'esprit, c'est que les variations de température externe doivent également être très fortes et très rapides.

Cette idée est, en effet, complètement justifiée par les observations.

Or, sous l'influence de ces brusques variations qui s'élèvent quelquefois jusqu'à 13 degrés, il arrive en même temps une variation dans la chaleur du corps. La rapidité de ces deux phénomènes est concomitante.

Jusqu'à quel degré ce fait s'observe-t-il? Voici ce que j'ai remarqué à ce sujet : pour une petite différence de variation dans la température extérieure, je n'ai point observé un changement correspondant dans la température de l'urine. Par conséquent, d'accord en cela avec tous les observateurs précédents, je peux dire de suite que la chaleur interne ne suit pas exactement la chaleur extérieure, et cela doit se comprendre; car, s'il en était ainsi, l'organisme serait alors assimilé à la matière inerte qui suit de près ou de loin, mais très régulièrement, la température ambiante. C'est précisément l'effet des actions vitales qui est la cause que la température interne ne suit pas très exactement la température du milieu dans lequel se trouve le corps. J'étudierai plus loin l'influence de ces actions; pour le moment, je me borne à constater que, malgré ce que je viens de dire, le corps est cependant soumis, jusqu'à un certain degré, quant à sa température, à une certaine influence de la part de la température extérieure.

Quelle serait donc la quantité de variation externe nécessaire pour amener un changement dans la température de l'urine? Si je consulte mes observations, je trouve qu'il faudrait au moins deux degrés de variation extérieure pour produire un changement interne appréciable réellement au thermomètre, tout en ne pouvant attribuer ce changement à aucune autre cause.

Avant d'aller plus loin, il est utile de constater quelle est

l'échelle exacte sur laquelle s'exercent en général ces variations de température interne? J'ai trouvé, quant à moi, qu'elles avaient eu lieu dans une étendue de *deux degrés trois dixièmes,* la plus haute température interne que j'aie noté étant de 37°,3 et la plus basse étant de 35°,0.

C'est donc dans cette limite, dans ce champ de deux degrés trois dixièmes, qui paraîtra tout d'abord restreint, qu'il faudra chercher la quantité de variation de chaleur organique correspondante à la quantité de variation extérieure.

Cela étant posé, j'ai cru remarquer qu'il fallait, pour qu'un degré de variation organique se produisît, une variation de six à sept degrés environ dans la température atmosphérique. Ce serait là une loi que personne n'a jusqu'ici formulée et qui me paraît résulter non-seulement de l'examen attentif de mes observations personnelles, mais aussi de celles qui ont précédé les miennes. Ce fait est évident dans mes observations.

Comme exemple pris dans ces dernières observations, je citerai le suivant :

Je trouve qu'à Buenos-Ayres, dans la Plata, il y avait le 31 décembre 1863, à 2 heures du soir :

Temp. ext. + 31°,0
Temp. int. + 37°,2.

Le 31 janvier à Montevideo, sous la même latitude, nous avions à 8 heures du matin :

Temp. ext. + 18°,0
Temp. int. + 35°,3

C'est à dire que, pour une différence de 13 degrés dans la température atmosphérique, il existait une différence de 1 degré 9 dixièmes dans la température du corps; en d'au-

tres termes, un degré de variation dans la température interne correspondait à 6 degrés 5 dixièmes de variation dans la température externe.

Et ce même rapport s'observait encore ce même jour-là du 13 janvier, puisque le soir à 4 heures la température externe ayant augmenté de 10 degrés, c'est à dire étant montée à 28°,0, la température de l'urine augmentait de 1 degré 5 dixièmes et s'établissait à 36°,8.

J'ai cité ce jour, parce qu'il offre une double observation qui vient à l'appui de ce que je crois avoir remarqué. Il serait facile de trouver un grand nombre de preuves de ce rapport.

J'ai dit tout à l'heure qu'il semblait résulter non-seulement de mes observations, mais aussi des travaux précédents. En étudiant avec attention les expériences de M. le professeur Mantegazza, je vois, en effet, que cette loi se vérifie assez exactement. Je dis *assez exactement;* car, en pareille matière, je le répète, l'exactitude mathématique est impossible; chaque observation peut être soumise à une influence momentanée qui pourra lui enlever de sa valeur relative. Ces influences sont nombreuses; je les examinerai plus loin, mais déjà je les citerai. Ce sont : ou l'insolation ou un exercice plus actif, ou bien l'ingestion de boissons alcooliques, etc.

Or, je dis que M. Mantegazza a trouvé dans son résumé général une variation thermométrique externe de 25 degrés correspondante à une variation thermométrique interne de 3 degrés 25, c'est à dire que, pour chaque variation d'un degré dans la chaleur du corps, il avait fallu une variation d'environ 7 degrés dans la température interne.

Voici, en regard l'un de l'autre, les résumés de ses observations et des miennes :

M. MANTEGAZZA.	MOI.
Température ext. minima + 7°,5	Température ext. minima + 14°,1
Id. maxima + 32°,5	Id. maxima + 33°,0
Température int. minima + 34°,0	Température int. minima + 35°,0
Id. maxima + 37°,25	Id. maxima + 37°,3
Différence de la plus faible à la plus forte.......... = 3°,25	Différence de la plus faible à la plus forte.......... = 2°,3

Les résultats auxquels sont arrivés les autres observateurs au sujet des différences *minima* et *maxima* sont les suivantes :

J. Davy....................	0,9
Reynaud....................	0,47
Eydoux et Souleyet...........	1,0
Brown-Sequard..............	1,3

On le voit donc, mes observations se rapprochent de celles de M. Mantegazza et s'écartent de celles des autres observateurs. Cela tient évidemment à ce que les conditions dans lesquelles se trouvaient ces derniers étaient tout à fait différentes de celles dans lesquelles nous avons expérimenté, M. Mantegazza et moi.

Pour ces observateurs, les perturbations de chaleur atmosphérique étaient plus lentes, pour eux les variations de déplacements en latitude étaient faibles; pour nous, au contraire, elles étaient les unes et les autres beaucoup plus considérables, et nous avons toujours observé avec une différence de déplacement quotidienne de *70 à 80 lieues en latitude*.

Il résulte de ces premières observations une conséquence pratique de la plus haute importance au point de vue de

l'hygiène. L'organisme ne peut supporter impunément des variations de température aussi brusques, aussi fortes, aussi rapides. Depuis quatre ans que je suis plus spécialement attaché en qualité de médecin sanitaire des paquebots transatlantiques, à la ligne de Bordeaux au Brésil, j'ai pu constater le développement d'affections nombreuses dues certainement à ces conditions. Je suis convaincu que le grand nombre de cas de coliques sèches que mes collègues et moi observons journellement, ne reconnaissent pas d'autre cause que ces rapides variations de température. S'il est vrai de dire que ces coliques se manifestent le plus ordinairement après une exposition subite au froid dans des coursives balayées par le vent, le corps étant en sueur, il est tout aussi vrai de dire que ces déplacements rapides, que ces variations aussi rapides de température extérieure et de température interne, prédisposent considérablement les chauffeurs à cette affection. Et la preuve, c'est que les cas de coliques sèches sont relativement beaucoup plus nombreux à bord des paquebots à vapeur qui font le service de Rio-Janeiro à La Plata, que sur nos grands paquebots qui vont de Bordeaux à Rio. Ce fait coïncide avec celui-ci, à savoir que les variations de température extérieure entre Rio et La Plata sont bien plus fréquentes et bien plus rapides. Les officiers et les matelots le savent très bien, et il n'est pas rare de leur voir faire plusieurs toilettes par jour pour se garantir du froid ou de la chaleur.

J'ai cité les coliques sèches : je pourrais encore parler des cas nombreux de rhumatismes qui affectent nos équipages. Je pourrais en dire autant des affections de poitrine, et, à ce dernier sujet, je veux ici m'étendre un peu plus et exprimer mon opinion à cet égard :

On a dit et quelques médecins, rares heureusement, le pensent encore aujourd'hui, que la navigation pouvait être

favorable aux personnes atteintes de maladie de poitrine, principalement de phthisie pulmonaire. J'ai souvent réfléchi à ce qui avait pu donner lieu à cette proposition et l'accréditer, et je crois pouvoir en donner les raisons suivantes :

Un fait général que l'on observe quand on prend la mer, c'est, dans les premiers jours, l'influence qu'a sur l'organisme une action mal définie de la mer et que je désignerai sous le nom *d'action dépressive*. Son caractère général serait d'imprimer à toutes les fonctions une activité moins grande, comme un amoindrissement de tous les actes vitaux. L'intelligence elle-même s'endort un peu. J'ajouterai que non-seulement les fonctions physiologiques ordinaires sont soumises à cette influence, mais même aussi certains travaux physiologiques accidentels comme celui de l'accouchement, lequel prend alors une marche plus lente. Bien plus, tous les médecins de la marine savent que les maladies inflammatoires sont moins graves, moins aiguës à la mer qu'elles ne le sont à terre, et que lorsqu'elles existent elles offrent rarement l'indication d'émissions sanguines, demandant au contraire très vite l'emploi des toniques.

Cet allanguissement général est très remarquable. Si dans les conditions où il se rencontre vous examinez la température du corps, vous voyez qu'à latitude égale, qu'à température externe identique, il se produit un abaissement dans la chaleur organique.

De plus, enfin, l'exercice musculaire diminue à bord, et c'est peut-être là même tout le secret de cette diminution de vitalité, si l'on peut ainsi parler. Dans ces conditions de repos général, on conçoit donc que, dans certains cas, les symptômes généraux de la phthisie pulmonaire puissent s'amender et comme s'arrêter.

Mais ce n'est là qu'un état transitoire de courte durée, et dès que la température extérieure augmente ou baisse,

on ne tarde pas à voir les accidents reprendre leur cours.

Autrefois, les déplacements à bord des navires à voiles moins bien construits pour la marche qu'ils ne le sont aujourd'hui, étant peu considérables, cet état de phthisiques dont je parle pouvait durer plus longtemps et même donner le temps à une amélioration appréciable de se produire; mais, de nos jours, il n'en est plus ainsi : les navires à voiles marchent mieux et les navires à vapeur encore mieux que les premiers, et sur les uns comme sur les autres les phthisiques sont exposés à des aggravations dans leur état.

Tous les médecins connaissent le remarquable travail de M. Rochard sur ce point. La conclusion en est, que les voyages sur mer accélèrent beaucoup plus qu'ils ne la ralentissent la marche de la tuberculisation pulmonaire. Eh bien, j'ajouterai que si cela est vrai sur les navires de guerre pour les marins soumis à des travaux pénibles qui pourraient être invoqués, d'ailleurs, comme cause d'affaiblissement, j'ajouterai que cela est cent fois plus vrai à bord de nos paquebots à marche rapide sur lesquels cependant les voyages sont courts, sur lesquels les conditions de nourriture, de logement sont beaucoup plus confortables. A chaque instant nous voyons des hommes de nos équipages, des officiers offrant au préalable des indices légers de tuberculisation, obligés de renoncer à ces voyages à cause du développement très-rapide de leur maladie. Et cependant, ces individus restent généralement à terre deux mois entre chaque voyage. (Cette navigation permet de demeurer la moitié du temps à terre; aucune autre ne peut être et n'est aussi avantageuse sous ce rapport.) Ils peuvent pendant ce temps-là se soigner et se reposer aussi complètement que possible. Ce que nous observons pour nos équipages est tout aussi exact pour les passagers qui sont transportés ainsi d'un climat chaud à un climat froid, et *vice-versâ*. Il est bien peu de traversées dans le cours des-

quelles nous n'observions des malades dont l'affection est très rapidement accélérée par ces brusques vicissitudes de la température qui deviennent *souvent mortelles pour eux.*

Je le répète avec la plus entière conviction : embarquer un phthisique à bord d'un paquebot à vapeur de marche rapide passant d'un climat à un autre avec des variations de température semblables à celles dont je parle, c'est l'exposer à un développement très prompt de sa maladie. Ce fait est d'autant plus vrai, que les déplacements sont plus grands.

Ces variations de température organique sont de deux ordres :

1° Celles qui se produisent en passant du froid au chaud;

2° Celles qui se produisent en passant du chaud au froid.

Je vais dire quelques mots des circonstances qui les accompagnent :

D'après les observateurs que j'ai cités plus haut, deux opinions sont en présence à cet égard. Les uns prétendent que dans le passage d'un pays chaud à un pays froid, le corps se refroidit moins qu'il ne s'échauffe en passant d'un pays froid à un pays plus chaud. Parmi ceux-là, se trouvent Eydoux, Souleyet, Brown-Sequard. D'après les observations de M. le professeur Mantegazza, ce serait le contraire qui aurait lieu, et sa conclusion est exprimée en ces termes : *Nel passare dal caldo al fredo, l'orina si raffreda più di quanto si riscaldi faciendo il rovescio.* Il ajoute qu'il ne se rend pas compte de cette différence. En examinant ses observations, on ne peut en effet s'expliquer cette conclusion qui est en désaccord avec celle des autres observateurs. Pour moi, j'ai trouvé qu'au contraire l'urine en passant du froid au chaud se réchauffait d'une plus grande quantité qu'elle ne se refroidissait en passant du chaud au froid. Ainsi, passant en 16 jours de l'embouchure de la Gironde à l'équateur (du 25 novembre au 11 décembre), c'est à dire, en passant très

vite du froid au chaud, j'ai trouvé pour une augmentation de 15 degrés 3 dixièmes dans la température atmosphérique, une augmentation de 2 degrés 3 dixièmes dans la température de l'urine. Au contraire, en passant en 17 jours de l'équateur à l'embouchure de la Gironde (du 1er au 17 février), j'ai trouvé pour une diminution de 15 degrés 6 dixièmes dans la température atmosphérique, une diminution de 1 degré 4 dixièmes seulement dans la température de l'urine. Cette loi que j'ai indiquée plus haut, à savoir qu'il faudrait environ 7 degrés de variation externe pour observer une variation d'un degré dans la chaleur organique, semble donc se modifier un peu dans le passage rapide du chaud au froid.

Parmi les circonstances qui, en dehors de l'augmentation de température extérieure, peuvent aider à l'élévation de la température interne, j'ai cité les alcooliques ingérés dans l'estomac, l'exercice musculaire, l'ingestion d'aliments copieux, l'insolation. En effet, ces causes sont puissantes. On peut trouver plusieurs preuves bien évidentes de cette assertion en consultant quelques-unes des observations établies dans mon premier tableau. Entre autres, je citerai les observations faites après une marche à terre au soleil, etc., circonstances qui sont relatées dans les notes de ce tableau. Mais une des observations les plus concluantes, c'est celle du 18 décembre 1863, faite à Rio-Janeiro. Nous entrions dans le port après un déjeuner plus copieux que de coutume, pendant lequel j'avais bu plus qu'à l'ordinaire : de plus, au moment de l'entrée dans la rade par suite du mouvement inusité qui se produit en pareil cas avant le débarquement des passagers, j'avais beaucoup marché, fait un exercice musculaire très actif pour monter et descendre les escaliers. Enfin, pour mieux voir l'entrée de la rade de Rio (spectacle des plus beaux), je m'étais exposé au soleil. Il était, comme on le voit, difficile de réunir plus de circonstances (de celles

que j'indique) capables d'élever la température du corps. La température de l'atmosphère n'était pas très élevée, puisqu'elle n'était qu'à 24°,4. Or, la température de mon urine s'élevait en ce moment à 37°,3, chiffre très élevé et que je n'ai retrouvé depuis qu'avec une température extérieure de 33 degrés.

Dans les pays chauds, l'accumulation de toutes ces causes pouvant donc concourir à l'élévation de la température du corps, on conçoit que si on en amoindrit le nombre et l'intensité, on diminuera en même temps cette chaleur interne.

J'aborde ici une question des plus intéressantes dans l'hygiène des pays chauds. Je suis convaincu de cette utilité d'abaisser autant que possible le rhythme de la température organique dans ces conditions. Je regarde ce soin comme un des meilleurs (sinon le meilleur) moyens prophylactiques pour éviter certaines affections qui déciment cruellement les Européens allant habiter les climats intertropicaux. Ces individus regardent précisément comme une règle d'hygiène de ne rien changer à leur manière de vivre, à leur régime, afin de se mettre à l'abri de ces affections. J'ai vu déjà nombre de victimes de ce faux raisonnement dans la fièvre jaune principalement, et je devrais dire dans toutes les maladies qui ont pour cause un empoisonnement miasmatique. Il est facile, en effet, de comprendre combien les personnes apportées rapidement sous ces climats, au milieu desquels la température extérieure inusitée tend à élever leur chaleur organique, il est facile de comprendre, dis-je, combien ces personnes sont exposées à un grand danger. Qu'arrive-t-il sous l'influence de cette augmentation si prompte de la chaleur du corps? C'est que l'activité de la circulation augmente également, et si, dans cet état de choses, l'organisme vient à recevoir un principe délétère comme celui des fièvres palustres, aussitôt ce poison, grâce à la circulation plus

active, est charrié dans toute l'économie avec une grande énergie. Tombé en quelque sorte dans un bon terrain, il prospère rapidement, et c'est alors qu'on voit survenir ces cas de fièvre jaune presque foudroyants, ces cas de fièvres pernicieuses rapides; etc. N'est-il pas de notoriété publique aux colonies, où la fièvre jaune règne, que, parmi les atteints, ce sont les individus les plus sanguins qui sont le plus en danger et le plus tôt morts?

Je ne suis pas éloigné de croire que, si on faisait des recherches à ce sujet, on trouverait que dans le nombre des émigrants la proportion des individus pris de fièvre jaune est beaucoup plus forte, et que les cas sont beaucoup plus graves parmi ceux qui sont venus rapidement que parmi ceux qui ont mis plus de temps à se rendre!

On voit donc que plus on arrive avec promptitude dans un pays intertropical malsain, plus vite il faut s'empresser de diminuer l'élévation de sa température. J'emploie cette expression, parce qu'on pourrait très bien se servir du thermomètre pour juger de l'état convenable dans lequel l'organisme devrait se trouver pour être moins exposé à l'invasion de cette maladie; et partir de ces indications thermométriques quotidiennes pour modérer l'activité des fonctions vitales dans un juste milieu, jusqu'à parfaite acclimatation.

Cette proposition fera sans doute sourire, mais je crois que ce moyen pourrait offrir des données utiles pour la santé. Voici, en terminant, un fait curieux et qui semblerait bien prouver ce que j'avance. On sait quels sont les soins et les sollicitudes qu'on met à provoquer la transpiration chez les personnes atteintes de la fièvre jaune. Quand la sueur peut s'établir, on en augure généralement d'une manière favorable pour les malades. Or, ce fait coïncide parfaitement avec celui qu'a observé le professeur italien que j'ai si souvent cité, que, lorsqu'une sueur profuse générale résout un état

fébrile, la température interne diminue rapidement au point de présenter en 2 jours, avec une température externe identique, un abaissement d'un degré dans la chaleur organique.

III

CONCLUSIONS GÉNÉRALES DE CE TRAVAIL.

1° La température de l'urine (et du corps par conséquent) suit les variations de la température extérieure.

2° Si les variations de température extérieure sont lentes et peu considérables, on n'observe pas de variations bien notables dans la température de l'urine.

3° Si les variations de température extérieure sont rapides et élevées, on observe des variations analogues dans la température de l'urine.

4° Ces variations dans les deux températures ne sont pas, si l'on veut, mathématiquement en raison les unes des autres. Toutefois, elles suivent une relation à peu près régulière et constante, soit dans leur quantité, soit dans leur rapidité à croître ou à décroître.

5° En passant rapidement d'un pays chaud dans un pays froid, toutes choses étant égales d'ailleurs, l'urine se refroidit moins vite et en moins grande quantité qu'elle ne s'échauffe en passant d'un pays froid à un pays plus chaud. Il en résulterait, comme conséquence pratique, que le passage rapide du froid au chaud serait plus préjudiciable à la santé que le passage rapide du chaud au froid. En effet, on observe des affections plus sérieuses dans la première de ces conditions que dans la seconde. Un exemple de cette influence est le suivant : le simple déplacement rapide en latitude plus froide, suffit souvent pour améliorer et quelquefois faire disparaître complètement la fièvre jaune à bord des paquebots.

6° Les conditions dans lesquelles se trouvent les voyageurs

qui passent rapidement d'un climat chaud à un climat froid et réciproquement, nécessitent donc pour ces individus des règles d'hygiène particulières pouvant se résumer dans ce précepte : Maintenir la température organique dans des limites moyennes, et surtout l'empêcher, autant que possible, de s'élever dans les pays chauds, en évitant toutes les nombreuses causes d'augmentation de chaleur interne indépendantes de celles qui proviennent de la chaleur atmosphérique.

7° Ces causes sont : l'insolation, l'ingestion d'aliments copieux et surtout des boissons alcooliques, enfin l'exercice musculaire.

DEUX OBSERVATIONS CURIEUSES D'ACCIDENTS HERNIAIRES;

Par M. H. LABAT,

Suppléant de chirurgie à l'École de Médecine, Chirurgien adjoint des Hôpitaux.

Étant donné une hernie irréductible, saisir le moment précis où l'intervention chirurgicale devient nécessaire est un problème qui, dans quelques cas, devient un des plus ardus de la chirurgie. Si, d'une façon générale, on sait que dans la hernie crurale l'on doit se hâter, tandis que dans la hernie inguinale volumineuse on a les plus grandes chances de voir tout se terminer sans opération, il est quelques circonstances dans lesquelles l'hésitation est bien permise, c'est lorsque l'on se trouve en présence de hernies inguinales peu volumineuses chez des sujets jeunes. La difficulté peut être telle qu'il soit presque impossible de la trancher même *à posteriori;* les deux faits que je livre à la publicité en sont la preuve.

Dubedout (Jean), âgé de vingt ans, cocher : tempérament sanguin, constitution moyenne, entré le 20 septembre 1863 à l'hôpital Saint-André, salle 18 (service de M. Denucé, alors suppléé par M. Labat).

Ce jeune homme portait depuis son enfance, dans l'aîne droite, une hernie qui, mal contenue par un bandage très irrégulièrement appliqué, sortait et rentrait suivant la position prise par le malade ; le testicule, habituellement dans le ventre dans la position verticale, sortait dans la position horizontale.

Il y a quatre jours, Dubedout a été pris de douleurs abdominales. La hernie était sortie, elle était dure, douloureuse, et ne pouvait rentrer. Le malade, qui avait déjà eu un accident analogue, il y a quelques années, accident duquel il avait guéri naturellement au bout de quelques jours de repos, ne s'en préoccupa guère. Il garda le lit, s'abstenant de tentatives de taxis, à cause de la douleur qu'elles déterminaient ; ce n'est que lorsqu'il vit la douleur aller en augmentant, les vomissements survenir, qu'il se décida à se faire transporter à l'hôpital, où l'interne de garde, après quelques tentatives légères de taxis et après une ponction à l'aiguille au sommet de la tumeur qui était transparente, lui fait appliquer douze sangsues et donner un bain suivi d'un lavement purgatif.

Le lendemain 21, voici l'état dans lequel ce malade se présenta à notre examen : Faciès profondément altéré, extrémités froides, pouls petit sans fréquence; il y a eu, dans la nuit, des vomissements de matières liquides jaunes-verdâtres que je ne puis voir, le garçon les ayant jetées ; pas de selles depuis quatre jours, le lavement a été rendu tel quel, sans matière stercorale. Dans la bourse droite se prolongeant dans le canal inguinal, on trouve une tumeur allongée, dure, douloureuse, surtout à la base, présentant au sommet de la transparence. Cette tumeur se prolonge dans le ventre, par le trajet inguinal, sous la forme d'une corde de la grosseur de trois doigts réunis. Il y a une résonnance obscure à la percussion ; le doigt introduit en refoulant la peau en arrière de la tumeur s'insinue à l'entrée de l'anneau inguinal dont il

sent le pilier interne. Cette manœuvre est très douloureuse.

Le ventre, peu météorisé, est sensible dans le flanc gauche et à l'épigastre.

(Glace à l'intérieur par fragments, à l'exclusion de toute autre chose.)

(Bain, onguent napolitain sur la tumeur, flanelle imprégnée d'eau de mauves sur tout le ventre, recouverte d'un taffetas gommé. Lavement avec follicules de sené.)

22. Même état, pas de vomissements. Pas de selle autre que celle du lavement. Bain suivi de tentative de taxis, le malade étant anesthésié : ces tentatives n'amènent aucun changement dans la tumeur.

Le soir, la sensibilité de la tumeur et du ventre a augmenté. Il y a un peu de ballonnement, pas de vomissements; faciès très altéré, complètement hypocratique; pouls très petit; extrémités froides. Je propose l'opération, qui n'est pas acceptée. Comme les signes semblent plutôt se rapporter à la péritonite qu'à l'étranglement, je n'insiste pas.

(Larges onctions d'onguent napolitain sur tout le ventre, etc.; bain.)

23. Même état. Cependant le faciès semble un peu moins mauvais; les extrémités sont moins froides; le pouls un peu moins petit.

(Prescription *ut supra*.)

24. Amélioration générale; le ventre n'est plus tendu; la tumeur est moins dure, elle est beaucoup moins sensible.

(Même prescription; un peu de bouillon froid.)

25. L'amélioration continue; un taxis léger diminue la dureté de la tumeur, qui est déjà moins volumineuse et peu sensible; le testicule volumineux et douloureux se dessine à la partie externe et inférieure.

(Onguent napolitain sur la tumeur; bain; huile de ricin vingt grammes émulsionnée à dose fractionnée.)

26. Il y a eu plusieurs selles; la tumeur a beaucoup diminué; le testicule se dessine plus nettement; le reste de la tumeur est beaucoup plus souple.

(Les onctions d'onguent napolitain sont continuées; un peu d'aliments est permis.)

L'état se continue ainsi pendant quelques jours en s'améliorant sans cesse. La tumeur diminue de volume et de dureté; et le 27 octobre, date de la sortie du malade, la tumeur a complètement disparu; on sent le testicule revenu à son état normal à l'entrée de l'anneau; dans les efforts que fait le malade, il se fait une saillie des viscères contenus dans l'abdomen et qui repoussent le doigt appliqué à l'anneau; en un mot, Dubedout est revenu à son état normal, avec cette légère différence que le testicule semble fixé en un point inférieur à la place qu'il occupait avant.

Deuxième observation. — Guittaneau (Stanislas), trente-huit ans, menuisier, entre à l'hôpital (salle 11, service de M. Azam) le 21 avril 1864; il est atteint depuis longtemps d'une hernie inguinale droite descendant dans le scrotum.

Cette hernie, qui jusqu'à ces derniers jours rentrait et sortait aisément, était habituellement, mais non toujours, maintenue par un bandage. Une fois seulement, il y a quelques années, elle présenta quelques difficultés pour rentrer; il y eut des vomissements; mais quelques heures de repos suffirent pour faire cesser les accidents.

Le dimanche 17 avril, au moment où Guittaneau voulut faire un effort, il se produisit dans le scrotum une tumeur plus volumineuse que de coutume. Cette tumeur devint douloureuse, quelques vomissements eurent lieu; cependant il y eut une selle spontanée. Le jeudi, jour de l'entrée du malade, on constata l'état suivant :

Tumeur dans l'aine et l'entrée des bourses, sur le trajet du cordon, de la grosseur d'un œuf d'oie, peu douloureuse,

résistante, sans dureté, donnant un son mat dans sa plus grande étendue, surtout en avant et en dedans. Ventre non ballonné, non douloureux; vomissements rares, provoqués par l'ingestion des boissons; pouls peu accéléré; faciès bon. Des tentatives de taxis ont été faites la veille avec modération; on les répète sans succès. (12 sangsues sur la tumeur, lavement purgatif qui amène quelques boulettes de matière fécale.)

Le 22. Même état. (Cataplasmes sur le ventre, onguent napolitain sur la tumeur pendant deux jours.) L'état général se maintient bon; pas de vomissements.

Les 24 et 25. Vomissements roussâtres sans odeur fécaloïde. (Bain.)

Le 26. Rien n'étant changé dans la tumeur et dans l'état général, 12 sangsues sont de nouveau appliquées.

Le 27. Même état; pas de vomissements. (Huile de ricin, trente grammes, par cuillère à café.) Le malade la vomit.

Le 28. Je prends le service. Le malade est dans l'état suivant : Faciès assez bon; pouls sans fréquence; pas de vomissements depuis la veille au moment de l'administration de l'huile de ricin; ventre peu ballonné, un peu sensible surtout dans la fosse iliaque gauche, où l'on aperçoit une anse intestinale dirigée transversalement et faisant saillie au-dessous de la paroi abdominale; la hernie ne présente pas grande dureté; on sent manifestement que sa consistance n'est pas partout la même; certaines parties ont la dureté d'un tissu solide, tandis que d'autres en dehors ont la résistance de l'intestin; le doigt, introduit en refoulant la peau au-dessous de la tumeur, pénètre dans l'anneau et sent quelque chose de dur à la partie interne; c'est le seul point qui soit douloureux.

(Huile de ricin, vingt grammes, émulsionnée avec le sirop d'orgeat, à prendre par gorgée; onguent napolitain

sur le ventre; flanelle trempée dans l'eau de mauves.)

L'huile de ricin est tolérée jusqu'à trois heures. A ce moment, des douleurs abdominales très vives se font sentir; le ventre se météorise, et le malade vomit des matières fécaloïdes en grande abondance. A sept heures du soir, je le trouve vomissant toujours, mais souffrant moins; le pouls est petit; les extrémités froides; le faciès altéré; la hernie a le même aspect que le matin.

(Onguent napolitain et fomentations émollientes sur le ventre refaites avec soin; glace par fragments à l'intérieur.)

Le lendemain 29, l'état général est bien moins mauvais que la veille; il n'y a plus de vomissements; le ventre est peu douloureux; il y a peu de ballonnement; le pouls s'est un peu relevé; plus de froideur des extrémités; faciès moins altéré.

Quelques tentatives modérées de taxis produisent un bruit de gargouillement dans la partie externe de la tumeur; il est manifeste que des gaz peuvent rentrer et sortir du ventre par cette partie de la hernie. En dedans, en introduisant le doigt dans l'anneau, on sent la même dureté et l'on détermine la même douleur que la veille. L'opération est décidée. Incision longitudinale de la tumeur. La hernie est mise à nu, point de liquide dans le sac. La première chose que l'on aperçoit est une portion considérable d'épiploon qui s'étend dans toute l'étendue de la tumeur, et est adhérant à la partie inférieure du sac, qui, en ce point, est constitué par une membrane fibreuse d'un blanc nacré, épaisse et résistante, membrane qui, d'autre part, coiffe le testicule. Cet épiploon est d'un rouge clair sans odeur; il ne semble avoir subi aucune espèce d'altération; en le soulevant par sa partie externe, on tombe sur une anse intestinale complète dont l'aspect ne dénote aucune altération; la couleur en est rouge; la consistance est bonne; le doigt, introduit dans la direction

du pédicule de la hernie, s'avance assez aisément jusque dans l'abdomen. Il n'y a point de collet au sac; la portion la plus rétrécie du canal de la hernie se trouve à la partie interne, à l'anneau interne du trajet inguinal. Le doigt circonscrit aisément de toutes parts la portion d'intestin herniée au moins dans la partie accessible, dans celle qui est largement mise à découvert. A la partie externe de l'anneau inguinal interne, le doigt pénètre aisément entre l'anneau et le pédicule de la hernie. A la partie interne, il tombe sur quelque chose se déchirant aisément et que je suppose être des petites portions d'épiploon adhérentes à la partie interne de l'anneau. Quoi qu'il en soit, pour éviter les froissements de l'intestin, je débride en dehors. Alors, je puis circonscrire aisément tous les deux tiers externes de l'anneau interne avec mon doigt recourbé en crochet. A la partie interne, je trouve toujours quelques adhérences légères qui m'empêchent de parcourir l'anneau en ce point; je les déchire en partie; elles cèdent avec une grande facilité; mais comme l'épiploon hernié adhérant aux bourses, joint à la portion d'intestin sorti, obstruaient le canal et ne me permettaient pas d'apprécier ce qui se passait sous mon doigt, comme, d'autre part, il me paraissait difficile que l'intestin que j'avais sous les yeux ait pu produire les accidents observés, je me méfiais de quelque chose d'extraordinaire se passant en dedans. Mon idée était que j'avais affaire à une petite partie d'intestin pincée dans une boutonnière d'épiploon. Je résolus de me débarrasser de l'anse intestinale en la réduisant, et de l'épiploon hernié en en reséquant un bon morceau. Je réduis l'intestin qui rentre avec la plus grande facilité; mais à peine est-il rentré qu'une fusée de matière d'un blanc jaunâtre s'écoule en abondance par la plaie. Je crus d'abord à du pus, mais l'odeur caractéristique me fit apercevoir immédiatement de mon erreur. C'est en vain que j'essayai avec mon doigt

replié en crochet de rattraper l'anse d'intestin, cela me fut impossible; le trajet à parcourir était trop long. Je ne pus aboutir à rien; seulement, je trouvai toujours en dedans de l'anneau des brides qui m'empêchaient de le parcourir avec le doigt. La crainte d'augmenter le mal, l'incertitude dans laquelle j'étais sur la véritable cause de ce malheur, et de plus la conviction que mes tentatives n'aboutiraient qu'à un peu plus de souffrance pour le malade, m'empêchèrent de continuer mes recherches; je reséquai une bonne partie de l'épiploon hernié; je fis un pansement à plat, et trois heures après ce malheureux était mort.

Nécropsie.—Les intestins, médiocrement météorisés, présentent, en quelques points limités, un peu d'arborisation légère. On trouve dans divers points du ventre une très petite quantité de matière fécale épanchée.

L'anse d'intestin qui était dans la hernie ne se distingue que par une couleur un peu plus foncée que celle du reste du tube digestif. Elle est située à quelques centimètres de la valvule iléo-cœcale; l'extrémité inférieure se continue sans ligne de démarcation manifeste avec la portion qui lui fait suite; la longueur de l'anse est d'environ huit à dix centimètres; l'extrémité supérieure est adhérente au pourtour interne de l'anneau inguinal, tout à fait en dedans du ventre.

En ce point, on trouve une virole de matière plastique qui entoure tout le calibre de l'intestin et le maintient adhérent contre le repli falciforme produit par la saillie de l'épigastrique. Cet anneau figure assez bien une ficelle entourant l'intestin : celui-ci est complètement sectionné en ce point, et les deux extrémités ne sont plus réunies que par quelques tractus fibroïdes; la section est nette comme si elle avait été faite avec une ligature immédiatement au-dessus ou au-dessous. L'intestin est parfaitement sain.

Dans le premier fait, le résultat semble légitimer la con-

duite qui a été tenue; et cependant je ne me dissimule pas que, en présence d'un fait semblable, mon esprit serait indécis. J'ai vu dernièrement un jeune homme présentant des accidents herniaires analogues, sauf la gravité qui était moindre à ceux que présenta Dubedout, et cependant M. Dupuy, s'étant décidé à opérer le cinquième jour, trouva l'intestin hernié ulcéré dans toute la circonférence du collet. Le malade a guéri; mais que serait-il arrivé si l'expectation eût été prolongée?

Le taxis modéré qui a été pratiqué le sixième jour après le début des accidents n'a produit que des résultats fâcheux, puisque les accidents généraux ont redoublé d'intensité. L'expectation pure et simple, jointe aux émollients employés d'une façon permanente, conjointement avec les onctions hypoplasthémiques, l'abstention complète de tout aliment, de toute boisson autre que des fragments de glace, le tout continué jusqu'au neuvième jour, c'est à dire jusqu'au moment où les accidents ont commencé à s'amender, où la tumeur est devenue moins dure, où le ventre s'est affaissé, semblent être les moyens auxquels est dû le succès.

Nul doute, d'ailleurs, que si Dubedout était venu réclamer nos soins plus tôt, sa maladie n'eût été bien moins longue.

En somme, avons-nous eu affaire à un étranglement herniaire ou bien à une simple inflammation? Je n'oserai me prononcer d'une façon tout à fait affirmative; j'ai de la tendance à admettre que l'inflammation a été l'élément dominant au début, et que secondairement l'étranglement en a été la conséquence, de même que, l'inflammation cédant, l'étranglement a cédé lui aussi.

L'inflammation était trop intense pour que le taxis pût donner un résultat favorable. Le taxis, je l'ai dit ailleurs, me paraît être une arme à deux tranchants. Il agit à mon sens

de la même façon que le massage sur les articles entorsés ou enflammés. S'il est appliqué au moment opportun et d'une façon méthodique, il conduit à la réduction; mais, s'il est employé intempestivement ou bien avec l'idée de repousser promptement l'intestin dans le ventre, il conduit à des résultats fâcheux.

C'est en effet, du moins je le pense, une grosse erreur de croire que le taxis agit en refoulant les parties herniées du côté de l'abdomen; il n'agit ainsi que sur les hernies qui ne sont le siége d'aucun accident. Sur les hernies enflammées, il faut une demi-heure, trois quarts d'heure, une heure pour réussir. Or, il est bien évident que l'on pousse directement au début aussi bien qu'à la fin; et, d'ailleurs, pourquoi arrive-t-il souvent que la hernie ne rentre qu'un moment après que l'on a cessé le taxis. J'aime beaucoup mieux admettre que, dans ce cas, le chirurgien, par le massage de la tumeur, amène le dégorgement des parties herniées, et, par suite, leur permet de reprendre leur position normale.

Quant au deuxième fait, il est peut-être encore plus difficile à apprécier. Sans vouloir rechercher ce qu'il serait advenu si le malade étant plus docile, la diète absolue, le repos le plus complet et les émollients eussent été employés d'une façon continue, on peut se demander quelles inductions doivent être tirées des phénomènes observés, joints aux faits révélés par l'opération et par la nécropsie.

Nous voyons d'abord un homme qui ne présente que des accidents généraux très bénins, des vomissements provoqués par les aliments et les boissons, pas de selle, une hernie peu douloureuse, peu tendue; puis de la douleur à la partie interne et profonde de cette hernie, et une anse se dessinant transversalement à travers la partie abdominale et semblant faire suite à la hernie. Plus tard, des accidents graves provoqués par l'huile de ricin et calmés après le rejet de ce

médicament, et cependant la circulation intestinale encore possible dans la partie externe de la tumeur.

L'hypothèse qui se présentait à l'esprit en ce moment ne pouvait être celle d'un étranglement de la hernie, puisque les gaz rentraient et sortaient; mais on pouvait supposer qu'une petite portion de l'anse intestinale était pincée dans une boutonnière de l'épiploon. J'avoue que c'est ce qui me parut le plus probable lorsque j'entrepris l'opération, non sans une certaine répugnance. J'avais bien vu dans une autre circonstance une hernie enflammée au niveau de l'origine du sac, sur le repli de l'anneau; mais cette inflammation locale, qui avait amené un épaississement considérable des membranes de l'intestin par formation de couches plastiques, n'obstruait point l'intestin et maintenait au contraire les parois éloignées.

Lorsque la hernie a été mise à nu, l'intestin était trop sain pour qu'on supposât un étranglement; il fallait donc chercher avec le doigt s'il n'y avait pas quelque chose d'extraordinaire dans les parties qui n'étaient pas accessibles à l'œil, surtout vers le point qui avait toujours été dur et douloureux. C'est en ce point que le doigt découvrit des adhérences tellement minces que la moindre pression les déchirait. Eussé-je pu supposer que des adhérences aussi minces avaient pu sectionner l'intestin que je ne vois pas trop comment j'aurais pu éviter l'épanchement dans le ventre. Ouvrir largement la paroi abdominale, saisir avec précaution l'intestin malade, l'attirer au-dehors et le fixer par une ligature : telle est peut-être la manœuvre que beaucoup auraient voulu que je fisse. Mais pouvais-je penser à la section d'un intestin par la simple rétraction de brides plastiques? Et puis, eussé-je eu le don de seconde vue pour l'apprendre, ce n'eût pas été chose facile que de retirer du ventre un bout d'intestin plein de matières liquides, qui n'étaient retenues que par des adhérences d'une minceur excessive.

Faire rentrer la partie herniée et ne point m'occuper de ce qui se passait en dedans, bien mieux eût valu alors ne pas faire l'opération et abandonner le tout aux seules ressources de l'organisme, secondé par la médecine.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

De l'emploi du laminaria digitata dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre. — Dans notre précédent numéro, nous avons entretenu nos lecteurs des avantages qu'il y aurait, suivant quelques médecins anglais, à substituer la tige d'une espèce d'algue marine, le *laminaria digitata*, à l'éponge préparée dans le cas où l'on veut provoquer la dilatation du col utérin. Nous trouvons aujourd'hui dans le *Dublin quaterly, journal of médical science, n° LXXIV, may 1864*, quelques observations pratiques sur l'emploi des tiges de cette même plante dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, par le docteur Collis, chirurgien de l'hôpital de Meath et Cie, à Dublin.

Elles pourraient remplacer avec avantage les bougies de boyau, les bougies coniques et autres, dans tous les cas de rétrécissements où il serait nécessaire d'obtenir une dilatation graduelle ou de préparer les voies à un cathétérisme forcé. L'action des bougies de boyau est lente, parce que, une fois introduites dans l'urèthre, leur gonflement est peu considérable ; elles sont dispendieuses, parce qu'elles ne peuvent servir qu'une fois ; quant aux bougies d'une autre espèce, leur introduction provoque beaucoup de douleur, en raison de leur volume et de l'effort qu'il faut faire pour les introduire, et elles peuvent quelquefois perforer la cloison périnéale. Une bougie qui possède une force d'expansion beaucoup plus grande que celle de la corde à boyau, d'une consistance suffisante et qui peut servir plusieurs fois, offre donc de nombreux avantages.

Ces tiges, une fois séchées, peuvent faire d'excellentes bougies, d'une solidité parfaite. Elles prennent toutes les courbures qu'on veut bien leur donner et les conservent; plongées dans l'eau chaude, et frottées entre les doigts, leur surface devient suffisamment douce et glissante pour être facilement introduites dans l'urèthre. On peut les lubréfier avec de l'huile ; mais celle-ci finit par les altérer et diminuer

leur cohésion. Immergées dans l'eau, elles gonflent rapidement au point de doubler de volume en quelques heures.

Les algues, dit le docteur Sloan, chirurgien d'Ayr, qui a le premier fait connaître le parti que l'on peut tirer de l'espèce dont nous nous occupons, sont des plantes uniquement formées de cellules. Elles ont la propriété de se dessécher promptement à la température ordinaire : leur volume devient alors considérablement moindre; elles acquièrent la fermeté du bois, tout en conservant une suffisante élasticité. Lorsque la dessiccation est arrivée au point convenable, elles présentent une consistance un peu moins grande que celle de la corne. Mais la propriété qui les rend surtout utiles, c'est qu'elles conservent pendant des années le pouvoir d'absorber rapidement l'humidité et de reprendre ensuite par la dessiccation leur volume primitif.

La tige du *laminaria digitata* possède à un haut degré toutes ces propriétés des plantes de la famille des algues. On la trouve très communément répandue sur nos rivages. Sa longueur est de deux à douze pieds, et son diamètre varie d'une ligne à plusieurs lignes. Sa structure étant exclusivement celluleuse, il en résulte qu'elle n'absorbe l'humidité que dans les points qui se trouvent directement en contact avec elle. Un enduit de vernis Copal empêche l'absorption, de sorte qu'on peut préparer des bougies qui ne se dilatent qu'en un point voulu, soit en appliquant du vernis sur tous les autres points, soit en ne mettant en contact avec les parties qu'une petite portion de la tige, à l'aide du porte caustique Lallemand ou de tout autre instrument analogue. Mais, dans tous les cas, il sera préférable de se servir successivement de plusieurs bougies de grosseur graduée, que de laisser continuellement la même, pour éviter qu'il ne se forme au-delà du rétrécissement un bourrelet provenant du gonflement exagéré de la bougie. Les jeunes plantes qui ont, quand elles sont vertes, un diamètre d'une demi-ligne, grossissent plus vite et davantage proportionnellement que les autres. Quant à leur force d'expansion, elle est considérable, puisqu'elle peut résister à un poids qui aplatirait complètement l'éponge préparée. Exposées à l'humidité, leur diamètre devient double dans l'espace de quatre heures.

La dilatation qu'on obtient avec elles est donc très grande, elle est aussi très rapide. Dans un cas de rétrécissement considérable, j'ai pu, dit le docteur Sloan, faire passer aisément le numéro neuf, quoique d'abord le rétrécissement ait pu à peine laisser passer le numéro deux. Il n'a été nécessaire d'introduire l'instrument que trois fois, et

il n'est resté en tout que trois heures en contact avec l'urèthre. Comme il s'agissait d'un cas de rétrécissement dû à une cause traumatique, je considère ce résultat comme très satisfaisant.

La douleur qu'elles produisent est insignifiante tant qu'elles ne changent pas de place ; mais si, vingt minutes ou plus après leur introduction, on leur imprime un mouvement de va et vient, alors qu'elles ont déjà commencé à gonfler, on cause beaucoup de douleur. Comme cette manœuvre est tout à fait inutile, je ne mentionne cette particularité que pour tenir en garde le chirurgien. Une fois placées dans la position convenable, il ne faut les déplacer qu'au moment où on a jugé à propos de les ôter. Cette remarque m'amène à en faire une autre qui se rapporte à la rapidité de leur expansion. Dès qu'elles sont en communication avec les mucosités du canal, elles font plus que doubler de volume. Quoique cette augmentation de volume ne puisse pas aller au point de produire des accidents lorsqu'on se sert des numéros faibles, il faudra cependant avoir cette propriété bien présente à l'esprit lorsqu'on se servira des numéros plus gros, tels que les numéros sept ou huit : supposons, en effet, qu'une semblable bougie soit introduite jusque dans la vessie, au-delà d'un rétrécissement qui serait situé vers le bulbe ; la partie de la bougie qui sera en contact avec l'urine va prendre tout son développement ; celle qui sera comprise dans le rétrécissement prendra, par exemple, le volume des numéros dix ou onze ; nous aurons ainsi, au-delà du rétrécissement, une espèce de bourrelet, et il est clair que pour retirer l'instrument on aura de la peine, on provoquera la douleur, même en admettant que la solidité de l'instrument soit suffisante pour résister sans se briser à la traction qu'on sera obligé d'exercer sur lui. Il en résulte qu'on doit absolument s'interdire de pousser l'instrument jusque dans la vessie.

Dans le cas que nous avons supposé, il faudrait mesurer avec le plus grand soin la distance qui sépare le rétrécissement de l'orifice de l'urèthre avant de mettre la bougie définitivement en place, et la placer alors de manière que son extrémité arrive juste au point où finit le rétrécissement. Peu d'instants après le passage de la bougie, l'urèthre paraît se serrer sur lui, et tout mouvement de l'instrument occasionne de la douleur. Ce résultat est dû à la sécheresse du canal provenant de l'absorption par la bougie du mucus qui lubréfiait l'urèthre; la douleur provoquée par son déplacement continue à être très sensible tant que la surface de l'urèthre n'est pas de nouveau humectée

de mucus. Une partie de la douleur provoquée doit aussi être produite par les sels encore contenus dans le tissu de la bougie, qui agissent sur les parois déjà irritées de l'organe; mais cette action doit diminuer par l'usage, et on peut d'ailleurs obvier à ce léger inconvénient par l'application du vernis Copal.

Ainsi donc, en ayant égard à l'expansion considérable dont elles sont susceptibles, à la douleur que leur déplacement provoque lorsqu'elles ne sont pas encore suffisamment lubréfiées par les mucosités de l'urèthre, il est important que leur extrémité ne dépasse pas le rétrécissement, et qu'une fois introduites, ces bougies ne soient touchées qu'au moment de les enlever définitivement. Ces précautions, d'ailleurs, ne s'appliquent qu'au cas où l'on s'en sert pour amener d'un seul coup la dilatation qu'on désire. Elles ne sont pas nécessaires lorsqu'on procède par voie de dilatation graduelle.

Il est difficile de dire jusqu'à quel point ces bougies peuvent remplacer les instruments en gomme élastique. Elles ne sont pas aussi glissantes, ou plutôt elles le sont d'une manière différente. Elles ont le glissant d'une surface molle et mouillée, plutôt que celui d'une surface dure et polie. L'eau vaut donc mieux pour les faire glisser que l'huile. Elles sont d'une remarquable solidité et résistent à un puissant effort exercé dans le sens de leur axe. Le numéro sept a pu supporter un poids de quatre-vingt-quatre livres, les numéros inférieurs supportent un effort proportionné.

M. Collis conclut en recommandant l'essai de ces bougies dans les cas appropriés. Quoiqu'elles ne soient pas exemptes de reproches et qu'elles ne puissent pas servir dans tous les cas, elles peuvent cependant être utiles quelquefois et méritent, par conséquent, l'attention du chirurgien. A. P.

Cas de mort par le chloroforme, à San-Francisco. — Mme ***, d'un tempérament très nerveux, se présenta pour se faire arracher une dent. Elle avait une crainte excessive des instruments, et son appréhension lui donnait une agitation extrême. On lui administra le chloroforme en tenant une serviette au niveau des narines. Elle éprouva quelque difficulté à respirer régulièrement, et, après quelques aspirations incomplètes et de courte durée, elle se plaignit de ne pouvoir aller plus loin et saisit la main de l'opérateur pour l'éloigner de sa figure. On abandonna alors les inhalations, ses mains furent maintenues par un aide, et la dent extraite sans difficulté. Dès que la clef

fut retirée de sa bouche, les mâchoires de la patiente se serrèrent, sa tête se renversa en arrière par une contraction spasmodique des muscles. La respiration s'arrêta, la face devint livide, et la mort arriva rapidement. La cause immédiate de la mort paraît avoir été la suppression de la respiration par l'occlusion spasmodique de la glotte ou du larynx. Le masseter, les muscles des parois antérieure et postérieure de la poitrine qui concourent à la respiration, et les muscles fléchisseurs des extrémités, se maintinrent dans un état de spasme jusqu'à ce que la mort survint.

Telle est la narration du fait que nous trouvons dans le *Boston med. and surg. journal, may 19 1864*, qui l'a extrait du *San-Francisco med. press*. Voici les réflexions qui suivent :

Nous sommes heureux que, dans ce cas, on ne puisse pas accuser la mauvaise administration du chloroforme, *à moins que son emploi seul ne soit considéré comme une faute*. On pourrait autant alléguer, dans l'espèce, que les inhalations n'ont pas été poussées assez loin, que dire qu'elles l'ont été trop. Peut-être qu'une inhalation plus prolongée eût mené sans danger la patiente au-delà de la période des spasmes jusqu'aux limites d'une paisible anesthésie. Il n'y avait ni affection du cœur ou de tout autre organe qui contre-indiquât l'emploi du chloroforme.

Sans nous arrêter aux diverses considérations dans lesquelles on pourrait entrer à l'occasion du fait précédent, ni à l'explication au moins singulière que l'événement aurait pu être évité en poussant la chloroformisation plus avant, nous nous bornerons à une seule remarque : c'est qu'en France tous les chirurgiens sont, nous le pensons, d'accord pour éviter l'emploi du chloroforme à propos d'opérations insignifiantes, et surtout pour l'avulsion d'une dent; il nous paraît qu'au delà de l'Océan, on ne s'est pas encore pénétré de cette sage réserve, et que les Américains semblent déployer dans l'exercice de la chirurgie l'insouciance et l'audace dont ils font preuve dans l'industrie. A. P.

Traitement des anévrysmes par la compression. — Nous nous sommes souvent appesantis sur les avantages de ce traitement, qui tend de plus en plus à se substituer à l'opération chirurgicale. Nous trouvons dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, tom. VII, n° 3, 1864, la communication d'un cas d'anévrysme du creux poplité guéri par la compression; seulement, dans ce cas, la compression a été faite à l'aide d'un nouveau procédé de compression

employé par M. le docteur Rizzoli, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bologne, procédé qui consiste dans l'application sur les artères, au-dessus de la tumeur, d'un instrument particulier, espèce de *compresseur-cachet* de l'invention de M. Rizzoli.

Voici les détails de l'observation : le nommé Bonetti, commerçant, âgé de quarante ans, fit, dans le courant du mois de septembre 1862, une chute d'une échelle et tomba à terre les pieds en avant. Peu après il remarqua que le creux poplité était devenu le siége d'une petite tumeur qui se développa rapidement au point d'égaler le volume d'un œuf. Cette lésion fut examinée par plusieurs chirurgiens qui, tous, constatèrent l'existence d'un anévrysme de l'artère poplitée.

M. Rizzoli prescrivit, dans les premiers jours du mois d'octobre 1863, un régime approprié, associé à l'emploi de la digitale et du seigle ergoté; en même temps, la compression fut appliquée au moyen de l'instrument, sur la partie supérieure de la cuisse, dans le triangle de Scarpa. Cette compression, faite d'une manière intermittente, *fut exclusivement pratiquée par le malade*. Au bout de seize jours de ce traitement, les pulsations artérielles avaient entièremenr cessé dans la tumeur; toutefois elles reparurent de nouveau, quatre jours plus tard. La compression fut alors reprise avec plus d'insistance et pratiquée avec des intervalles de plus courte durée. Vers la fin du mois d'octobre, on pouvait constater la solidification stable et définitive de la tumeur, qui diminua ensuite de volume tout en acquérant une dureté considérable.

M. Rizzoli a eu l'occasion de revoir tout récemment ce malade, et de s'assurer qu'il n'existait plus aucune trace de la tumeur.

Anévrysme de l'aorte abdominale guéri par la compression. — Ce fait remarquable et peut-être unique a été communiqué à la *Royal med. and chir. Society*, le 24 mai, par le docteur Murray. Il s'agit d'un jeune homme maigre, de 26 ans, occupé, comme paveur, à manier la lourde masse qui enfonce les pavés. Après un an environ de souffrances croissantes coïncidant avec un battement dans le ventre, il est admis au Dispensaire de Newcastle. L'abdomen, amaigri, permet de distinguer des pulsations au niveau de l'ombilic, et la main perçoit une tumeur comme une grosse orange, dure, globuleuse et légèrement mobile, siége de pulsations très fortes, subites, et dont l'expansion va jusqu'à écarter les deux mains réunies. Elles cessent par la pression de l'aorte au-dessus, l'espace triangulaire formé par une ligne trans-

versale au-dessus de l'ombilic et le bord des fausses côtes, laissant juste assez de place à gauche pour la comprimer sur la colonne vertébrale. Un frémissement *(thrill)* est sensible avec le retour du sang, et un léger bruit est entendu. Au-dessous, les battements de l'aorte sont normaux, ainsi que le pouls. La santé générale est bonne; nulle trace de dégénération artérielle. Un anévrysme de l'aorte est évident, et ce diagnostic est confirmé par la présentation du malade à la Société médicale de *Northumberland and Durham.* Les moyens palliatifs ayant échoué, M. Murray propose la compression avec le tourniquet. Le malade étant sous l'influence du chloroforme, elle est appliquée, dès le 16 avril, pendant deux heures, sans qu'aucun accident en résulte, malgré l'arrêt du cours du sang dans la tumeur. Elle est renouvelée le 19, et après cinq heures de durée, sauf de courtes intermissions par le déplacement de l'instrument, on compte une diminution très notable des battements. Il n'existe qu'un peu de frisson, de l'engourdissement et du froid aux pieds. Les pulsations n'ont pas augmenté dans la soirée, et, le lendemain, le malade est inquiet, avec un léger engourdissement des jambes et des picotements dans les pieds. Le docteur Heat, président de la Société locale, appelé en consultation, constate l'absence de battements dans la tumeur, qui est dure, résistante, diminuée de volume; au-dessous, l'aorte est également sans pulsations, ainsi que les artères iliaques. Le 21, le malade se sent mieux, sans réapparition des battements, mais des pulsations sur un ou deux points des côtés de l'abdomen, près de la tumeur, et que l'on suppose provenir de l'artère mésentérique supérieure.

Le 22, M. Lightfoot trouve la tumeur solide, dure, réduite au volume d'une pomme, placée à gauche de l'ombilic, dont la saillie est rendue sensible par une profonde inspiration. L'œil ni la main n'y découvrent de battements sensibles, d'expansion, de frémissement, ni de bruit. Les engourdissements ont disparu. Les mouvements du malade sont libres; il peut marcher, quoique sentant ses jambes faibles et avec des engourdissements. La tumeur diminue sans que des pulsations reparaissent, comme plusieurs membres de la Société l'ont constaté. Il s'ensuit donc de ce fait que la compression est applicable, avec succès même, aux anévrysmes de l'aorte, sans que l'arrêt du cours du sang détermine la gangrène des extrémités inférieures, ni aucun des accidents que l'on pourrait en redouter.

(*Union méd.*, 16 juin.)

Observation de tétanos traumatique, guéri par l'emploi de bains chauds et prolongés; par M. le Dr Leséluc, médecin de l'hospice civil de Brest. — Les trois cas suivants méritent d'être signalés :

Dans le premier, il s'agit d'un homme chez lequel le médius et l'annulaire de la main gauche avaient été écrasés par un éboulement. Au dix-huitième jour, les accidents se déclarèrent ; le malade pouvait à peine répondre, le cou était raide et renversé en arrière. Un point encore ouvert de la plaie fut couvert de sulfate de morphine, et une potion avec 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium fut prescrite. Le soir, aggravation des symptômes ; le malade n'avale plus qu'avec la plus grande difficulté. Tous les muscles des gouttières vertébrales et ceux de l'abdomen sont d'une raideur extrême. (Même traitement.) Le lendemain, l'état s'aggrave ; les opiacés sont abandonnés et remplacés par une potion avec tartre stibié, 40 centigrammes. Cette potion ne produit aucun effet sur l'estomac ni l'intestin ; elle est renouvelée deux jours de suite sans plus de résultat, et en même temps on fait des inhalations au chloroforme, matin et soir. Mais la maladie semble marcher fatalement vers une issue funeste. Les mâchoires serrées, le corps renversé en arc couvert d'une sueur profuse, et tous les muscles tendus, le malade ne peut rien avaler. Un bain prolongé à 36° est ordonné. Le malade y reste une heure trente minutes. Il peut légèrement desserrer les mâchoires et avaler deux cuillerées de bouillon. Sorti du bain, le trismus redevient insurmontable. Le lendemain, bain de deux heures. Les mâchoires se desserrent, mais seulement pour laisser passer un peu de bouillon. Depuis ce jour, et pendant quatorze jours, le malade a pris un bain chaud de deux à quatre heures. Les premiers jours, le trismus seul était vaincu, et pendant la durée du bain seulement ; puis, peu à peu, les muscles se sont assouplis, et le malade est sorti parfaitement guéri.

Dans le second cas, les bains ont été employés d'emblée, et sans essai préalable d'aucune autre médication.

Il s'agit d'un homme, entré à l'hospice le 22 août 1863, en proie depuis la veille à un tétanos généralisé, développé au seizième jour d'une chute sur la tête ayant occasionné une plaie contuse, dont la cicatrice récente se voit à la région pariétale droite. Le trismus est complet : renversement du corps en arrière, raideur invincible des muscles des membres et du tronc. Bain à 38°, prolongé pendant deux heures. Pas d'effet marqué. Le lendemain, bain de trois heures ; léger

desserrement des mâchoires. Dès ce jour, l'état va en s'amendant. Le malade a pris en tout vingt-neuf bains; l'amélioration a été lente, mais progressive et bien accusée. Le huitième jour, une éruption miliaire a couvert tout le corps, en commençant par le haut du tronc. Il est remarquable que ce dernier phénomène s'est produit aussi chez le précéde nt malade, et à peu près à la même période du traitement. Le malade est sorti guéri le 31 octobre.

Le troisième malade, après une chute sur la tête, qui a produit derrière l'oreille droite une plaie à lambeau de 6 centimètres de longueur, dont on a réuni les bords par cinq points de suture entortillée, se présente le 28 décembre 1863, c'est à dire trois jours après la chute, avec un trismus assez intense pour permettre à peine l'introduction dans la bouche d'un petit tube pour y faire parvenir les liquides.

Potion avec extrait thébaïque, 10 centigrammes. Le lendemain, les mâchoires sont plus serrées, la langue est mâchée; le cou est fortement renversé en arrière; les extrémités inférieures, les muscles de la colonne verébrale, ceux de l'abdomen, sont arrivés au paroxysme de la raideur tétanique.

Le 29, le malade prend un bain à 38° de deux heures. Le 30 et le 31, même prescription. Pas d'amélioration sensible; seulement, à l'aide d'une cheville de bois, on parvient à desserrer un peu les mâchoires, afin que le malade ne morde plus sa langue, et pour faire passer un peu de bouillon et une cuillerée de sirop de morphine pour combattre l'insomnie. On donne ainsi treize bains, dont le plus court a été d'une heure quarante minutes, et le plus long de trois heures trente minutes. La décroissance des symptômes a été la même que dans les cas précédents. Il n'y a pas eu d'éruption miliaire. Vingt-deux jours après, tous les symptômes avaient disparu.

Cette médication n'est pas toujours facilement acceptée par les malades. Le second malade avait demandé grâce après le onzième bain; le troisième malade les supportait aussi très difficilement; il a fallu s'armer de courage et de persévérance. Elle présente aussi des difficultés : la raideur générale du corps est une grande difficulté pour l'immersion dans l'eau. Le troisième malade, qui était fort et de grande taille, donnait beaucoup de peine à mettre et maintenir dans la baignoire. Il faut aussi une grande surveillance pour maintenir l'eau à la même température, et y maintenir le patient. Au sortir du bain, on les enveloppe d'une couverture de laine et on les transporte

ainsi dans leur lit. Trois ou quatre heures après, on leur passe leur linge comme l'on peut. (*Bull. gén. de Thér. méd. et chir.*, 30 mai 1864.)

Intermittences des battements du cœur et du pouls, par suite de l'abus du tabac à fumer, par M. le docteur E. Decaisne. — Dans plusieurs cas d'intermittences franches du pouls, coïncidant avec l'abus du tabac, M. Decaisne fut frappé de la disparition des intermittences, par suite de l'abandon partiel ou complet du tabac, et il se promit de poursuivre ses recherches au sujet de l'influence du tabac sur les battements du cœur.

Il a pu constater, en moins de trois ans, sur quatre-vingt-huit fumeurs incorrigibles, vingt-un cas d'intermittence du pouls indépendante de toute lésion organique du cœur. Neuf accusaient en même temps des digestions pénibles. Les douze autres n'avaient jamais rien ressenti du côté de l'estomac. Cinq ou six s'étaient aperçu des intermittences sans y attacher d'importance. Sept virent disparaître complètement les désordres du cœur par l'abstention absolue ou presque absolue de la pipe, en moins d'un mois. Sur ces sept, deux avaient des digestions pénibles qu'ils conservèrent après la disparition des intermittences. Neuf autres, qui avaient aussi abandonné la pipe, n'éprouvèrent qu'une légère amélioration, c'est à dire une diminution dans la fréquence des intermittences. Les cinq autres n'ont pu être suivis. Tous ces individus étaient âgés de vingt-sept à quarante-deux ans. Ils exerçaient les professions de filateur et de carrier.

Dans tous ces cas, il y avait intermittence vraie, arrêt ou hésitation du cœur.

En général, les intermittences ont lieu d'une manière régulière, c'est à dire, après un même nombre de battements du cœur; mais cette loi est sujette à beaucoup d'exceptions. M. le docteur Decaisne n'a pas vu une seule fois les intermittences avoir lieu d'une manière régulière.

Il y a aussi des intermittences qu'on pourrait appeler normales. Les enfants y sont sujets. Il n'est pas rare de les constater chez eux, après de longues courses, un violent exercice; elles persistent quelquefois après la puberté.

On les rencontre aussi dans certaines névroses, telles que l'hystérie, la chlorose. On les a encore observées coïncidant avec divers états, tels que la présence d'entozoaires et de gaz dans le tube intestinal, avec les douleurs aiguës de la péritonite.

On cite même des cas d'intermittences dues à une cause morale. Morgagni cite le cas d'un médecin qui, ayant remarqué de l'intermittence dans son pouls, avait fini, à force de s'observer, par trouver ses battements de plus en plus irréguliers. Morgagni lui conseilla de n'y plus faire attention, et les intermittences disparurent bientôt.

Mais si l'on considère, conclut en terminant M. Decaisne : 1° qu'aucun des sujets soumis à mon observation n'était atteint d'une lésion organique du cœur; 2° que la plupart d'entre eux n'étaient pas dans les conditions de santé que favorisent la production des intermittences des battements du cœur; 3° et surtout qu'il a suffi chez neuf d'entre eux de supprimer l'usage du tabac pour voir revenir le cœur à son rhythme normal, peut-être ne trouvera-t-on pas trop hardies et prématurées les conclusions suivantes :

1° L'abus du tabac à fumer peut produire sur certains sujets un état que j'appellerai *narcotisme du cœur,* et qui se traduit par des intermittences dans les battements de cet organe et dans les pulsations de l'artère radiale ;

2° Il suffit, dans certains cas, de suspendre ou du moins de réduire l'usage du tabac à fumer, pour voir disparaître entièrement ou diminuer l'irrégularité dans les fonctions du cœur.

(Extrait d'un mémoire de M. E. Decaisne, adressé à l'Académie des sciences dans sa séance du 30 mai 1864.)

Gale. — Traitement de l'hôpital Saint-Louis; par M. le docteur Hardy. — On sait que le traitement de M. le docteur Hardy consiste en une friction d'une demi-heure avec le savon noir, faite sur tout le corps, excepté la tête, et que le malade plonge lui-même dans un bain tiède d'une heure de durée.

A la sortie du bain, on fait une friction rapide et générale avec la pommade parasiticide suivante :

Axonge	64 grammes.
Soufre	20
Sous-carbonate de potasse.	8
Eau	8

F. S. A.

Après la friction, le malade se rhabille sans essuyer la pommade, dont le contact est nécessaire sur la peau pendant plusieurs heures, pour achever la destruction des acares et atteindre ceux qui seraient restés dans les vêtements.

De 1852 à 1862, 37,429 personnes ont été soumises à ce traitement. Sur ce nombre, 535 ont eu besoin de subir un second traitement, ce qui donne 69 guérisons sur 70 malades traités.

(*Gazette des Hôpitaux,* jeudi 9 juin.)

Du traitement instantané de la gale par l'huile de bergamotte. — M. le docteur Manfré, ancien professeur de clinique à l'Université de Naples, vient de publier, dans un journal politique de Rome, plusieurs articles sur le traitement rapide de la gale. Le meilleur remède, qu'il dit avoir expérimenté autrefois avec un succès complet dans son service de clinique de Naples, est, suivant M. Manfré, l'huile de bergamotte, qui guérit *instantanément* ou au plus tard en *deux minutes,* même dans les cas d'éruption généralisée.

D'après lui, ce moyen de guérison, plus économique, moins irritant, plus prompt dans ses effets insecticides que la pommade d'Helmerich, où le sulfure calcaire permet de supprimer les salles de galeux dans les hôpitaux ; car il suffit d'une seule friction générale de cette essence sur toute la surface du corps des individus atteints de la gale, pour obtenir une guérison complète ; le malade peut donc, aussitôt après cette opération, être renvoyé chez lui, si l'on a eu la précaution de lui faire changer de vêtement ou de désinfecter ceux-ci par les moyens ordinaires. Une once ou deux d'huile de bergamotte suffisent pour accomplir le traitement.

D'après M. Manfré, le même médicament remplace aussi avantageusement tous ceux qui sont conseillés aujourd'hui contre le *pediculus pubis.*

Depuis longtemps les praticiens connaissent la vertu insecticide des huiles essentielles, et on trouve dans quelques formulaires plusieurs recettes employées par M. Aubé pour obtenir la guérison de la gale en deux minutes. L'huile essentielle de térébenthine, associée à l'essence de citron, constitue la base du traitement préconisé par cet auteur. Avant lui, M. Gras avait recommandé l'huile essentielle de lavande, qui présente, avec celle de bergamotte, la plus grande analogie et a de plus l'avantage de ne coûter que le quart ou tout au plus la moitié de cette dernière.

(*Journal de Méd., de Chir. et de Pharmacologie,* juin 1864.)

De l'action de l'absinthe sur la santé. — M. le Dr Marcé, qui a beaucoup étudié l'action de l'absinthe, a communiqué à l'Académie des

Sciences de nouvelles remarques sur l'action de cette plante. Voici le résumé de la note qu'il a présentée à ce sujet :

« Des nuances symptomatiques très accusées séparent l'intoxication alcoolique simple de l'intoxication, à l'aide de la liqueur d'absinthe. Chez ceux qui font abus de ce dernier poison, on voit prédominer la stupeur, l'hébétude, les hallucinations terrifiantes, et l'affaiblissement intellectuel arrive avec une extrême rapidité. Ces différences cliniques permettent de supposer que l'absinthe exerce par elle-même une action spéciale. Afin de vérifier cette hypothèse, M. Marcé a cherché à isoler, à l'aide d'expériences sur les animaux, les effets toxiques dus à l'absinthe de ceux qui dépendent de l'alcoolisme. Or, des faits déjà assez nombreux, observés sur des chiens et des lapins auxquels on faisait avaler de l'essence d'absinthe pure, ne laissent aucun doute sur l'action toxique de cette dernière substance. L'essence d'absinthe, à la dose de 2 ou 3 grammes, détermine du tremblement, de la stupeur, de l'hébétude, de l'insensibilité, et toutes les apparences d'une terreur profonde; à dose plus élevée, de 3 à 8 grammes, elle amène des convulsions cloniques épileptiformes avec évacuations involontaires, écume aux lèvres et respiration stertoreuse. Ces accidents sont passagers et n'entraînent pas la mort.

» En exprimant l'intention d'étendre ces premiers résultats à l'aide d'expériences nouvelles, M. Marcé a pensé qu'ils étaient dignes d'attention et prouvaient que la liqueur d'absinthe exerçait une double action toxique qui expliquait ses effets spéciaux sur le système nerveux. » (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, juin 1863.)

Traitement des céphalées nerveuses par l'azotate d'argent; par M. le docteur Socquet. — Depuis plusieurs années, dit le *Journal de médecine de Lyon*, M. le docteur Socquet tient l'azotate d'argent pour un médicament *presque infaillible* et rapidement efficace dans le traitement des céphalées nerveuses.

Il formule le traitement de la manière suivante :

Azotate d'argent....	3 centigr.
Sel ammoniacal....	6 —
Extrait de gentiane .	Q. S.

Pour une pilule.

Prendre dans les vingt-quatre heures deux ou trois de ces pilules :

la première, le soir en se couchant; la deuxième, le matin à jeun, et la troisième dans le milieu du jour.

Trois ou quatre jours de l'emploi de ces pilules ont la plupart du temps suffi pour vaincre des céphalées datant de plusieurs années.

M. Socquet a toujours réussi à faire disparaître du jour au lendemain, avec deux ou quatre pilules d'azotate d'argent, la céphalalgie qui accompagne souvent la fièvre de lait et dure onze et même vingt jours. Le sel d'argent n'exerçait aucune influence fâcheuse sur la marche ultérieure des couches.

(*Gaz. des Hôp.*, jeudi 2 juin 1864.)

Précautions à prendre pour éviter, dans l'opération de l'hydrocèle, les accidents de la ponction et de l'injection. — M. Nélaton ne craint point d'insister sur les cas ordinaires, par la raison que ce sont ceux-là que le praticien doit le mieux connaître. Aussi ce professeur, à l'occasion d'une hydrocèle fort simple qu'il a opérée à l'amphithéâtre, n'a-t-il point hésité à signaler quelques précautions, en apparence peu importantes, et qu'on ne saurait négliger sans inconvénient, et parfois sans danger dans la pratique de cette opération. Ainsi, par exemple, il faut savoir que le point opaque correspondant à l'ombre portée par le testicule est plus petit que le testicule lui-même, de sorte que si l'on ponctionnait à la circonférence de cette ombre on rencontrerait certainement le testicule. Cela tient au phénomène physique connu sous le nom de *diffraction*, en vertu duquel l'ombre comprise entre les rayons réfractés est moins considérable que le corps opaque qui la produit. Voilà pourquoi il faut, en pareil cas, faire pénétrer le trocart à une certaine distance de cette ombre.

Mais ici la lésion du testicule n'est pas ce qu'il y a de plus à craindre.

M. Denonvilliers disait un jour à M. Nélaton : « Si j'avais une hydrocèle, il y a peu de chirurgiens à qui je voulusse confier le soin de m'opérer. » C'est qu'en effet cette opération a eu si souvent des suites désastreuses, que ce n'est pas sans raison qu'elle devient un sujet d'effroi pour le praticien qui en connaît les périls. Le plus considérable de ceux-ci est à coup sûr l'infiltration des téguments du scrotum par le liquide de l'injection; il en résulte des gangrènes terribles, et cet accident est arrivé au professeur Roux. Ce qui doit donc préoccuper à juste titre le chirurgien, c'est la crainte que la canule ne sorte de la tunique vaginale; mais pour prévenir cette sortie on a donné, selon M. Nélaton, des préceptes essentiellement mauvais. On a dit, entre

autres choses regrettables, qu'il fallait pincer les téguments autour de la canule, afin d'immobiliser celle-ci. Or, cette immobilisation va droit à l'encontre du but qu'on se propose. En effet, les enveloppes extérieures à la tunique vaginale sont très mobiles, elles peuvent être dissociées, écartées de la peau et de la tunique elle-même; il peut dès-lors arriver ceci : c'est que si sous l'influence du froid, de la peur, d'une impression quelconque, le crémaster se contraste, la tunique séreuse sur laquelle il agit comme constricteur, se rétractera, et l'extrémité de la canule se trouvera attirée, non pas au dehors du scrotum, puisque la canule sera fixée à la peau, mais au dehors de la tunique, et plongera librement au milieu des enveloppes intermédiaires qui séparent les membranes séreuse et cutanée.

Eh bien! rien n'est plus facile que d'empêcher cet accident. Il suffit, quand on ponctionne et qu'on a conscience d'avoir pénétré dans la tunique vaginale, de retirer légèrement le trocart et d'enfoncer profondément la canule, devenue inoffensive par le retrait de la pointe du dard. (*Journal de médecine et de chirurgie pratique,* mars 1864).

CHRONIQUE.

Dans sa séance du 23 mai 1864, l'Académie des Sciences de l'Institut impérial de France avait à procéder au remplacement de feu M. Denis (de Commercy), l'un de ses correspondants pour la section de médecine et de chirurgie.

Les candidats, présentés par la section dans la séance précédente, étaient : MM. Gintrac, à Bordeaux; Pétrequin, à Lyon; Stolz, à Strasbourg; Serre (d'Uzès), à Alais.

M. Gintrac a été élu au premier tour de scrutin et à la majorité de 45 voix sur 48 votants.

— Par décret en date du 4 juin, M. Barbet, pharmacien, a été nommé président de la Société de Secours mutuels des Pharmaciens du département, à Bordeaux.

— Notre collaborateur, M. le docteur Azam, a donné lecture à l'Académie de médecine de Paris, dans sa séance du 7 juin, de quelques observations relatives à des morts subites déterminées par des

embolies pulmonaires dans les contusions et les fractures. Une Commission composée de MM. Velpeau, Reynal et Sappey, a été nommée pour faire un rapport sur ce travaii.

— On annonce qu'il ne sera plus donné droit aux demandes pour les places de médecin-inspecteur-adjoint près des eaux minérales. Les titulaires actuels ne seraient pas déplacés, mais on laisserait s'éteindre avec eux les places qu'ils occupent.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Buron. Médecin très occupé à Cauterets, il avait su s'attirer de nombreuses sympathies et comptait, dans notre ville, de nombreux amis.

— *Association générale. — Association des médecins de la Gironde.*— Dans sa séance du 3 juin, le Conseil d'Administration a décidé que l'Assemblée générale annuelle aurait lieu le jeudi 8 septembre.

Les Sociétaires seront prévenus, par lettres personnelles envoyées au moins un mois à l'avance, de l'ordre du jour qui comportera les élections pour renouvellement du bureau.

M. le préfet de la Gironde a bien voulu adresser à l'Association un don de cent francs.

— Une association nouvelle vient de se fonder parmi les médecins de l'arrondissement de Brives (Corrèze). Par décret de l'Empereur, M. le docteur Allègre (Mathieu), maire de la commune d'Alusac et chevalier de la Légion-d'Honneur, a été nommé président de cette Société.

— *Congrès médical de Lyon.* — Le corps médical lyonnais, convoqué le 19 mai dernier pour la formation du futur Congrès, en a confié l'organisation à une Commission exécutive munie de pleins pouvoirs et composée de 21 membres élus au scrutin :

Cette Commission exécutive a tenu jeudi dernier sa première séance. Elle a arrêté les points suivants :

A. Le Congrès médical lyonnais ouvrira sa session le 26 septembre prochain. Cette session durera six jours.

B. Il sera exclusivement scientifique. On n'y traitera aucun point relatif aux intérêts professionnels.

C. Douze questions seront mises en discussion devant le Congrès : trois de pathologie et de thérapeutique médicales, trois de pathologie et de thérapeutique chirurgicales, deux d'hygiène et de médecine comparées, une de syphilographique, une d'obstétrique, une portant sur les maladies mentales, une d'ophtalmologie.

Voiçi la formule des questions choisies par la Commission exécutive :

Ire QUESTION. — Des concrétions sanguines dans le cœur et les vaisseaux. Des conditions qui peuvent favoriser leur formation. Des différents accidents qu'elles occasionnent. Des indications thérapeutiques qui s'y rattachent.

IIe. — Peut-on, dès aujourd'hui, admettre dans le cadre nosologique, à titre d'entités morbides, les diverses affections paralytiques récemment décrites sous les noms de *paralysie agitante, paralysie atrophique progressive, ataxie locomotrice, paralysies réflexes, etc.?* Y en a-t-il, parmi elles, qui ne soient qu'un symptôme commun à différentes maladies des centres nerveux?

IIIe. — Établir, par des faits rigoureux, la curabilité de la phthisie pulmonaire. — Distinguer les variétés de phthisie, celles qui sont susceptibles de guérison et celles qui ne le sont pas.

IVe. — De la valeur des diverses méthodes de traitement applicables aux ankyloses complètes et incomplètes, au double point de vue du changement de la position et du rétablissement des mouvements.

Ve. — Quels progrès la chirurgie doit-elle aux recherches modernes sur le système osseux?

VIe. — Des moyens de diérèse qu'on peut avantageusement substituer à l'instrument tranchant dans le but d'éviter les accidents des plaies (cautérisation, écrasement, ligature, arrachement).

VIIe. — De la consanguinité en général, et spécialement des mariages consanguins.

VIIIe. — De la genèse des parasites communs à l'homme et aux animaux, considérée plus particulièrement dans ses rapports avec l'hygiène publique.

IXe. — Qu'y a-t-il de contagieux dans l'organisme d'un sujet syphilitique? A quelles conséquences pratiques peut conduire l'étude de cette question?

Xe. — Quelles sortes de services l'accoucheur doit-il demander au

forceps? Comment les diverses variétés de forceps imaginées jusqu'à présent répondent-elles à ces diverses indications?

XIe. — De la possibilité et de la convenance de faire sortir des asiles spéciaux et de placer, soit dans des exploitations agricoles, soit dans leurs propres familles, certaines catégories d'aliénés.

XIIe. — De la valeur de l'iridectomie dans le glaucôme et autres lésions profondes du globe oculaire.

D. L'ordre des travaux du Congrès est réglé ainsi qu'il suit, sauf les modifications nécessitées par les circonstances imprévues :

Le 1er jour, nomination du bureau. — Lectures, communications orales, discussions sur les première et deuxième questions.

Le 2e jour sera consacré aux troisième et quatrième questions.

Le 3e jour, aux cinquième et sixième questions.

Le 4e jour, aux septième et huitième questions.

Le 5e jour, aux neuvième et dixième questions.

Le 6e jour, aux onzième et douzième questions.

E. Les auteurs qui désireront faire des lectures sur ces diverses questions devront communiquer leurs mémoires à la Commission exécutive au moins 48 heures avant l'ouverture du Congrès, c'est à dire avant le 27 septembre. Cette mesure s'applique également aux personnes qui voudraient faire des communications orales. Dans ce cas, une note résumée, contenant l'indication des points qu'on se propose de traiter, devra être envoyée à la Commission exécutive.

Les manuscrits seront expédiés franco au secrétaire de cette Commission.

Cette mesure a pour but de permettre à la Commission de classer à l'avance les matériaux du Congrès de la manière la plus favorable à l'établissement des ordres du jour et d'éliminer les travaux qui seraient de nature, par leur tournure charlatanesque, à porter atteinte à la dignité médicale.

F. Les membres étrangers du Congrès seront exonérés de toute contribution pécuniaire.

Quant aux membres lyonnais, ils s'engagent, en donnant leur adhésion, à payer la somme de dix francs, condition indispensable pour avoir le droit de prendre part aux travaux ou aux délibérations du Congrès.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(de Mai 1864).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE. Matin.	Midi.	Soir.	BAROMÈTRE. Matin.	Soir.	DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS.
				millimètr	millimètr.			
1	11,5	19,5	14	766,4	767,8	N.-O.	Beau.	Gros nuages vers midi.
2	10,5	20	15	768,5	766,4	Ouest.	Couv.	Petite pluie brum. le soir.
3	14	18,5	14,5	766,2	766	Ouest.	Couv.	*Idem.*
4	12	19,3	13	764,4	763,5	Ouest.	Couv.	
5	12	22	16	761,3	760,9	Est.	Beau.	Quelques nuages.
6	12,5	26,5	19	760,3	756,2	S. – E.	Beau.	Orage et un peu de pl. le s.
7	15	24,7	18	756,6	754	Sud.	Beau.	Ciel très nuageux.
8	15,5	24,6	17	751	748	S – O.	Couv.	Pluie le soir.
9	15	21	14	752	758,2	S. – O.	Couv.	Il a plu la nuit, le matin.
10	11,5	21	15	759,9	757,2	Ouest.	Beau.	Gros nuages.
11	13	20	14	756,5	756,1	Ouest.	Couv.	
12	12	18	14	756,3	761,6	Ouest.	Pluie.	Petite pluie.
13	13	21	15	763,4	768,5	Ouest.	Couv.	*Id.* le matin.
14	14,5	23,5	16	766,9	765,7	Ouest.	Beau.	Couvert le matin.
15	15	25	18	762,3	762,3	Nord.	Beau.	Journée chaude.
16	17	28	21	762,3	761,8	S. - E.	Beau.	*Idem.*
17	18	29,5	26	761,9	761,8	S. - E.	Beau.	Chaleur vive.
18	18	29	20	763,3	764,4	S. – O.	Beau.	*Id.* Quelques nuages.
19	17,6	29	19	765,4	763,7	S. – O.	Beau.	Quelq. nuages et brume.
20	16	28	18	763,3	762,9	S. – O.	Beau.	Couvert le matin et le soir.
21	17	27,5	16	763,1	762,8	S. – O.	Beau.	Belle journée.
22	15	24,5	16	763,3	763,6	Nord.	Beau.	*Id.* Vent un peu vif.
23	15	25,4	17	763,8	762,3	Nord.	Beau	Men. d'or. au mil. du jour.
24	12	25	17,5	761,8	761,3	N.- E.	Beau.	Vent vif.
25	13	25,5	18	758,7	757,2	N.– E.	Beau.	*Idem.*
26	14	27,5	18	756,2	756,8	N.– E.	Beau.	Vent très vif le soir.
27	11	21,5	15	758,2	761,3	Nord.	Beau.	Très belle journée.
28	12	23	16	763,3	763,4	Nord.	Beau.	Q nuag., min. de la n. 9°.
29	12	23,5	15,3	763,4	763,1	Ouest.	Beau.	Couvert le soir.
30	16,5	22,6	18	762,5	757,7	Ouest.	Beau.	Nuages, or. loint. le soir.
31	16	24	18	757,2	757,7	S. – O.	Beau.	Il a plu la nuit, nuages.

Résumé des Observations météorologiques de Mai 1864

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	18° les 17, 18.	29°5 le 17.	26° le 17.
Moindre..............	10°5 le 2.	18° le 12.	13° le 14.
Moyen................	14° les 3 et 26.	23°5 le 29.	17°5 le 24.

Chaleur du milieu du jour : 21 jours de 18° à 25°. — 10 jours de 25°5 à 29°5.

BAROMÈTRE.

Maximum..................	768,5 mill. le 2.
Minimum..................	748 mill. le 8.
Medium....................	761,3 mill. les 24, 27.
Variations barométriques.	Nombreuses et graduelles.

Direction des vents...... Le vent a soufflé du	nord........	5 fois.
	nord-ouest..	1 »
	ouest.........	10 »
	sud-ouest....	7 »
	sud.......	1 »
	sud-est......	3 »
	est..........	1 »
	nord-est.....	3 »

Vent dominant : ouest.

État du ciel. — Jours	beaux............	23.
	couverts........	7.
	pluie.............	1.

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le mois de mai a été remarquable, et n'a formé qu'une suite à peine interrompue avec les beaux jours qui ont régné pendant tout le mois précédent. La température élevée exceptionnelle qu'on a essentie a prolongé une sécheresse extrême funeste à l'agriculture, si ce n'est à la vigne. Quelques pluies rares et fort légères sont seulement tombées dans la première quinzaine. Depuis longues années, la température moyenne du milieu du jour n'avait été, en mai, aussi élevée. Dans une période de quinze ans, on trouve seulement, en 1862, une moyenne de 23°. Celle de 1864 est de 23°7. Aucune variation barométrique brusque n'a été observée; les oscillations de la colonne mercurielle ont toutes été graduelles.

Bordeaux. Imp. Gounouilhou, ancien hôtel de l'Archevêché (entrée rue Guiraude, 11).

TRAVAUX ORIGINAUX.

Resections successives des nerfs sciatiques poplité externe et grand sciatique pour une névralgie de moignon. — Guérison. — Récidive. — Étude physiologique ;

par M. AZAM, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

(Travail lu à la Société de Chirurgie.)

L'étude difficile des fonctions du système nerveux ne peut être seulement basée sur l'observation de l'homme à l'état de santé, les vivisections viennent puissamment à son aide. Mais que de choses restent encore obscures ! L'animal, après une section de nerfs, est ou non paralysé, il crie ou ne crie pas; mais comment se rendre compte du point précis du membre dans lequel les mouvements seront diminués ou abolis, et des modifications si variées que peut subir la sensibilité dans tel ou tel point limité du corps? C'est à l'étude de l'homme malade qu'il faut alors avoir recours, c'est dans l'observation attentive des faits pathologiques que la physiologie puise de nouvelles ressources, et tout médecin ou chirurgien soucieux des progrès de la science ne doit pas laisser inaperçues les altérations des centres nerveux ou de la périphérie, qui auront, pendant la vie, donné lieu à certains ordres de symptômes, ou qui auront nécessité des opérations sur le système nerveux, sortes de vivisections humaines.

Obs. — Germain L..., âgé de vingt ans, terrassier, est apporté à ma clinique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux pendant la nuit du 18 février 1862. Dans la soirée, sa jambe droite a été broyée par un train de wagons. Le malade ayant perdu beaucoup de sang, le Dr Labat, chef interne, pratique

immédiatement l'amputation au lieu d'élection avec un lambeau postérieur et externe, méthode indiquée par l'état des parties. Le malade était chloroformé.

Rien de particulier ne signala les premiers jours de l'opération. Vers le dixième jour, un érysipèle survint et entrava la cicatrisation, qui fut très lente. Un mois après, la plaie se rouvrit, envahie par une matière pultacée, grisâtre, qui nécessita l'application d'une couche légère de pâte de Canquoin. Vers le milieu de mai, la cicatrisation fut terminée. C'est à ce moment, c'est à dire trois mois après l'opération, que commencèrent à se montrer des douleurs violentes qui, limitées pendant quelques jours à la cicatrice, s'irradièrent bientôt dans tout le moignon. Ces douleurs consistaient en des élancements profonds qui se faisaient sentir surtout la nuit, et dans une hyperesthésie de la peau de tout le moignon remontant jusqu'au-dessus du genou. Cette hyperesthésie était telle que le malade ne pouvait supporter le moindre contact : le poids de son drap pendant la nuit, le frottement du pantalon pendant le jour, lui causaient des douleurs intolérables.

Je passai en revue les moyens les plus vantés et les plus actifs contre les névralgies : vésicatoires, électricité, cautérisations, injections sous-cutanées, etc., etc., le malade n'éprouva aucun soulagement. Sur ces entrefaites, M. le Dr Labat ayant dû me remplacer pendant quelque temps en qualité de professeur suppléant de clinique, pratiqua, le 25 septembre, la résection du nerf sciatique poplité externe au-dessus de la cicatrice, à 5 centimètres au-dessous de la tête du péroné. L'opération, simple en elle-même, fut compliquée d'accidents convulsifs très graves; la première chloroformisation n'avait amené qu'une agitation très vive, cette fois les convulsions prirent tout le caractère de l'épilepsie.

Cette résection partielle n'amena aucun soulagement.

Pendant plus de quinze jours, les convulsions épileptiques qui avaient accompagné la dernière anesthésie se reproduisirent presque chaque jour, puis cessèrent pour ne se montrer qu'à de longs intervalles. Je dois noter ici que ce malade n'avait jamais eu auparavant d'attaques semblables, mais que sa mère était morte épileptique.

Ayant repris le service, j'éprouvai quelque embarras devant l'insuccès complet de cette tentative en apparence si légitime. J'essayai alors d'un moyen que me conseilla M. le professeur Denonvilliers, de passage à Bordeaux. Je plaçai le moignon dans un bain permanent de chloroforme; je n'obtins aucun soulagement, le chloroforme agissait comme irritant sur la peau, et le malade souffrait davantage.

Vers la fin d'octobre, L..., qui n'avait pas été vacciné, fut atteint d'une variole confluente, et passa dans le service des varioleux. A sa rentrée dans une des salles, un mois après, il me raconta un intéressant épisode : cinq ou six jours auparavant, pendant son sommeil, il s'était fait dans son état un heureux changement. Au réveil, il avait reconnu que ses douleurs avaient cessé d'une manière absolue dans toute la partie externe du moignon, il pouvait impunément toucher et pétrir la peau et les muscles; dans ces points, la sensibilité était normale. Cette guérison locale et limitée avait eu lieu deux mois après la resection du nerf sciatique poplité externe.

Malgré cette amélioration, l'état du malade était déplorable; dans les deux tiers du moignon, les douleurs avaient conservé leur intensité, et les attaques d'épilepsie persistaient, quoique plus rares; l'hyperesthésie de la peau causait au malade de véritables tortures. Il éprouvait une telle crainte d'un contact, si léger qu'il fût, que la vue d'un doigt s'approchant de son moignon le faisait tomber en convulsions. A ces douleurs superficielles se joignaient quelquefois des

douleurs profondes, remontant jusqu'au haut de la cuisse. Le malade était amaigri, sombre; il parlait de suicide.

Une opération semblable à celle qui avait réussi, quoique tardivement, était nettement indiquée : je devais resequer le nerf sciatique poplité interne.

Le 29 décembre, je tentai l'opération; mais elle fut impossible. A la première inhalation de chloroforme, le malade fut pris d'une attaque des plus violentes. De plus, la contracture du moignon rendait inaccessible le creux du jarret. Je dus y renoncer. Je n'avais plus de ressources que dans la resection du tronc lui-même.

Je noterai ici que, pendant huit jours, les attaques d'épilepsie se renouvelèrent avec une effrayante intensité; aucune opération n'avait été faite, le chloroforme était donc le seul coupable.

Resection du grand sciatique. — Le 8 janvier 1863, éclairé par l'expérience sur les accidents qui m'attendaient, je procède moi-même à l'anesthésie. Dès les premières inspirations, l'agitation commence et le visage se congestionne; aussitôt je verse sur la compresse une grande quantité de chloroforme. Le malade, comme sidéré, retombe sur le lit; on le retourne, et je procède rapidement à l'opération : une incision de 6 centimètres, commençant à 2 centimètres au-dessus du creux du jarret, vers le milieu de la face postérieure de la cuisse, met à nu l'aponévrose; celle-ci incisée sur la sonde cannelée, je rencontre le bord externe du muscle biceps; j'étale le tronc nerveux placé immédiatement en avant, et l'ayant soulevé sur mon index gauche, je le coupe d'un coup de ciseaux; 3 centimètres au-dessous j'enlève d'un autre coup de ciseaux la portion que je veux resequer. L'opération a été très rapide, et le malade n'a pas perdu de sang. A peine est-elle achevée que les convulsions apparaissent, et ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'il m'est

possible de faire la réunion de la plaie et le pansement.

Bientôt le malade tombe dans l'état comateux qui suit l'attaque, et il est reporté à son lit.

La portion resequée a un peu plus de 3 centimètres de long. Son extrémité inférieure comprend la bifurcation des deux sciatiques poplités; son tissu est parfaitement sain.

Vers le soir, le malade est revenu à lui-même; son hébétement est passé; il n'a aucun souvenir de l'opération. Pendant la nuit, il a deux ou trois attaques.

Les conséquences physiologiques et pathologiques de la resection du plus gros nerf de l'économie présentaient, on le comprend, un vif intérêt; aussi les ai-je étudiées avec soin.

Pendant les quarante huit heures qui ont suivi l'opération, l'analgésie et l'anesthésie du moignon ont été complètes; le malade a perdu conscience de la partie inférieure de son membre. Après ce temps, il s'est aperçu que la sensibilité normale revenait peu à peu, mais seule, sans ramener avec elle les douleurs passées.

Le quatrième jour, l'état normal est complet. Le malade frappe son moignon, le pétrit violemment, et ne peut croire à son bonheur. La sensibilité du moignon est en tout semblable à celle des points correspondants de l'autre membre. La distance des pointes d'un compas y est appréciée de la même manière.

Le chatouillement, le pincement, le froid et le chaud donnent les mêmes sensations.

En un mot, la guérison est complète, absolue, et l'opération a eu un magnifique résultat.

Publié à cette époque, le succès eût été plus frappant; mais l'observation eût été moins instructive qu'aujourd'hui.

Or, voici ce qui est arrivé :

Pendant sept mois et quelques jours aucune modification dans cet état satisfaisant n'a eu lieu, sauf quelques fourmille-

ments ressentis de temps à autre dans le moignon; les attaques d'épilepsie ont complètement cessé; L... jouit d'une santé parfaite. Il est gros et gras, et, muni d'un pilon, il court la ville sans canne, vendant des journaux.

Le 25 juillet 1863, son pilon glisse entre deux pavés; il fait un effort pour se retenir, aussitôt une douleur horrible lui fait perdre connaissance; il tombe sur le sol en proie à une attaque d'épilepsie. Pendant la nuit, deuxième attaque. Il revient à lui le matin sur le plancher de sa chambre. Pendant deux ou trois jours les anciennes douleurs ont reparu, mais avec moins d'intensité; bientôt elles diminuent, mais persistent encore. Quinze jours après je rencontre L..., qui me raconte cette récidive. A ce moment les douleurs sont supportables; mais il ne peut marcher qu'à la condition de porter à l'extrémité de son moignon un morceau de caoutchouc qui le protége contre tout retentissement douloureux.

État actuel du malade. — Aujourd'hui 2 mai, dix mois après la récidive, L... est dans l'état suivant :

Depuis plus de sept mois il n'a pas eu d'attaques d'épilepsie. A trois ou quatre reprises, sans cause connue, il a éprouvé de violents accès de douleurs : l'un entre autres qui a amené la chute, sans cependant qu'il perdît connaissance. Il sent toujours, mais obscurément, deux ordres de douleurs : les unes, qui sont profondes, suivent le trajet du nerf sciatique; d'autres, qui ayant leur siége à la peau, s'irradient dans le crural jusque dans les parties génitales. Une fois, ces douleurs ont amené une impossibilité absolue d'uriner pendant plusieurs heures. Les changements de temps se font surtout ressentir dans les parties profondes; le moignon est souvent pris d'un état convulsif très pénible, et le malade améliore sa situation en le comprimant au moyen d'une bande roulée, serrée et bien appliquée. Il marche plus commodément en appliquant à l'extrémité de son pilon une

rondelle de caoutchouc; cependant, sans cette précaution, la marche n'est pas impossible comme dans les premiers temps.

En résumé, la guérison n'est pas complète, absolue, comme elle l'a été pendant sept mois. La circulation nerveuse s'est rétablie, et avec elle une partie des accidents; mais la situation de L... est tolérable, et ne peut être comparée à ce qu'elle était avant la resection du grand sciatique. Il n'hésite pas à dire que si des douleurs pareilles revenaient, il demanderait une autre resection.

Avant de chercher une explication physiologique des phénomènes qui ont précédé et suivi l'opération, je crois indispensable de vous rendre compte du mécanisme de la formation de la névralgie.

On se souvient peut-être que l'amputation a été faite à lambeaux, et que la plaie a suppuré trois mois. Il y a eu nécessairement dans le moignon une accumulation de tissu inodulaire dans lequel ont été enserrées les extrémités des nerfs coupés; c'est la rétraction lente de ce tissu qui, par son accroissement incessant, a amené la névralgie. Je suis convaincu que la plupart des amputés qui présentent cette redoutable complication ont été opérés par cette méthode. Le fait que je cite serait une indication à resequer dans les lambeaux d'amputation les bouts nerveux, méthode conseillée du reste par M. Verneuil pour l'amputation sous-astragalienne.

Étudions maintenant la physiologie pathologique de cette observation.

Il paraît, au premier abord, très simple qu'une névralgie soit guérie par la resection du nerf comprimé; cependant, si on veut se reporter aux détails de l'observation, on verra que quelques points ont besoin d'être expliqués.

Il existait en effet, avant l'opération, deux douleurs : l'une

profonde et remontant vers la partie postérieure de la cuisse, due incontestablement à la compression des deux sciatiques poplités; l'autre superficielle, consistant en une hyperesthésie de la peau qui enveloppait tout le moignon jusqu'au-dessus du genou. Cette douleur suivait le nerf crural et remontait parfois jusqu'aux organes génitaux. Or, on le sait, à part une petite partie en arrière et en dehors, le moignon surtout quant à la peau, était innervé par les branches du nerf crural.

Comment la lésion du sciatique a-t-elle pu amener la douleur du crural et de ses terminaisons?

Plusieurs hypothèses peuvent être faites. L'irritation, transmise par le nerf sciatique à la moelle, a agi sur les origines du crural, et ce nerf, par une sorte d'irradiation passant par le centre, a ressenti dans ses extrémités la douleur transmise.

On pourrait croire aussi qu'il s'est fait dans le moignon des anastomoses entre les extrémités renflées des nerfs coupés, anastomoses qui ont fait communiquer les bouts du sciatique avec les nerfs de la peau émanée soit du crural, soit du sciatique lui-même. La dissection des moignons démontre d'une manière incontestable l'existence de ces anastomoses.

Larrey, sur un moignon d'avant-bras, a reconnu la soudure du médian et du cutané. M. Richet a vu sur une cuisse le crural réuni au sciatique par une bande cicatricielle. M. Verneuil et le professeur Wedl, en 1855, ont étudié les renflements nerveux qui se forment à l'extrémité des nerfs coupés. Ils ont reconnu que ces intumescences contiennent un grand nombre de tubes nerveux qui se croisent en tout sens, et qui peuvent se mettre en rapport de continuité avec les nerfs adjacents. Enfin, les expériences de M. Chauveau (de Lyon) ont démontré de la manière la plus claire la pos-

sibilité de faire anastomoser artificiellement des nerfs coupés, même des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs.

Voyons comment l'existence des anastomoses pourrait, chez notre malade, rendre compte des phénomènes observés.

La névralgie ne s'est montrée que trois mois après l'amputation; à cette époque même elle paraissait confinée dans les profondeurs du moignon, où étaient comprimées par la cicatrice les extrémités des nerfs coupés. Peu à peu, des connexions avec les extrémités du crural se sont organisées, et la douleur s'est étendue à la surface du moignon; son intensité a même été plus grande dans son nouveau domaine, en raison de la prédominance des nerfs sensitifs à la peau. Une première opération est faite; la resection du nerf sciatique poplité externe a 5 centimètres au-dessous de la tête du péroné. Mais cette opération ne donne pendant deux mois aucun résultat; cela s'explique par ce fait que toute la partie externe du moignon est innervée par la branche cutanée péronière, qui émane du sciatique au-dessus du lieu de la section. Or, le renflement comprimé s'étant anastomosé avec les extrémités de cette branche, la section faite immédiatement au-dessus n'a pas, en réalité, séparé le point malade des centres nerveux, et la douleur, au lieu de remonter en passant par le tronc du sciatique poplité externe, est passée par la branche anastomosée accidentellement avec le point malade.

Mais comment expliquer qu'après deux mois la douleur a subitement cessé dans toute la partie externe du moignon?

Il est probable que pendant ce temps l'extrémité du sciatique séparée de son tronc s'est atrophiée, et qu'il est arrivé un moment où, ayant presque disparu dans la cicatrice qui l'étreignait, la névralgie ressentie par les branches anastomosées n'a plus eu de raison d'être. Malheureusement sept mois s'écoulent, le tissu nerveux se régénère, la vie

revient dans les points atrophiés et comprimés, et la douleur revient avec elle dans la partie externe du moignon comme dans le reste.

Je ne puis m'empêcher de faire ici une remarque sur la façon singulière dont a procédé dans ces deux cas l'influx nerveux. Dans l'atrophie de l'extrémité comme dans la régénération du tissu enlevé, il n'a pas disparu ou ne s'est pas rétabli lentement, c'est à dire au fur et à mesure de la disparition ou de la reconstitution de l'élément anatomique. C'est subitement, tout d'un coup. Le nerf, paraît-il, est ou n'est pas apte au passage du courant; quand il l'est, il l'est tout à fait. Cette analogie avec le fluide électrique est frappante : il y a ou il n'y a pas contact; quel que soit le contact, s'il existe, le courant passe.

L'opération principale, la resection du tronc sciatique, a eu, contrairement à la précédente, un succès immédiat. Cela se comprend; elle a absolument séparé du centre les extrémités nerveuses malades; elle a complètement interrompu le circuit; la douleur ressentie dans le crural par l'intermédiaire des anastomoses, comme celle éprouvée directement par les filets cutanés du sciatique, a disparu avec la cause.

Pendant les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération, il s'est passé un phénomène sur lequel je dois revenir : toute sensibilité normale ou anormale a disparu dans le moignon; le malade n'a plus en quelque sorte conscience de son existence. Je ne puis expliquer cette abolition momentanée des fonctions que par une sorte de commotion amenée dans le système nerveux de la région par l'opération elle-même.

Je n'ai pas besoin d'insister sur ce fait, que la resection du nerf sciatique a fait disparaître la douleur du moignon sans amener avec elle aucune des conséquences ordinaires des resections nerveuses : paralysie du mouvement, abolition

de la sensibilité. A la hauteur où avait été faite l'amputation, le nerf sciatique n'a encore donné que peu de rameaux. La contracture du moignon et son peu de longueur empêchent de reconnaître s'il est paralysé. Quant à la sensibilité cutanée, la région qui la recevait du sciatique avait trop peu d'étendue pour que les effets de la résection pussent y être appréciables.

Nous avons vu qu'après sept mois et quelques jours la maladie s'est reproduite, bien qu'avec une moindre intensité.

On sait très bien aujourd'hui que les nerfs coupés ou resequés se régénèrent. Dès 1776, Cruikshank l'avait démontré. Après lui, Fontana, Michaelis, Meyer. Dans ce siècle, Swan, Béclard, Descot. De nos jours, M. Flourens, M. Verger (de Montpellier), qui en a fait le sujet d'un Mémoire important, l'ont démontré par des expériences sur les animaux.

En 1859, M. Lobsteck (de Tubingen) a réuni cinq faits de régénération de nerfs coupés chez l'homme. Aussi est-ce pour cela que j'avais resequé une quantité considérable et que je croyais suffisante, plus de 3 centimètres. Malgré ce soin, après sept mois, le courant nerveux s'est rétabli, non lentement, comme l'élément nerveux qui devait le conduire, mais tout d'un coup, ramenant la douleur avec lui. Ce rétablissement a eu lieu sous l'influence d'un ébranlement du moignon.

J'ai fait remarquer plus haut la frappante analogie de ce phénomène avec les allures des courants électriques.

Jusqu'à ce jour, grâce probablement à un certain degré d'atrophie qui avait dû suivre l'opération, la maladie est tolérable, mais il est impossible d'affirmer qu'elle ne reprendra pas sa première intensité. Dans ce cas, je n'hésiterais pas à faire une nouvelle resection, en apportant dans l'opération des modifications importantes.

Je ne dois cependant pas me dissimuler qu'on peut donner de la récidive une explication qui rendrait très illusoire tout espoir de guérison radicale.

J'ai précédemment admis que la douleur était revenue par la régénération du nerf coupé. Mais on pourrait admettre aussi que la névralgie est aujourd'hui causée par un névrôme, un renflement fibreux développé dans le bout supérieur du nerf resequé. Dans cette hypothèse, une nouvelle opération n'amènerait encore qu'une guérison temporaire.

Cependant, je dois le dire, cette explication me paraît douteuse, car le malade souffre de l'extrémité de son moignon, et n'éprouve aucune douleur dans la région où est aujourd'hui le bout supérieur, c'est à dire à 6 ou 7 centimètres au-dessus du creux poplité.

Au point de vue opératoire, ce fait présente un certain intérêt.

La resection du grand nerf sciatique n'a été que très rarement pratiquée. En 1828, M. Malagodi l'a faite pour une névralgie de la jambe; la guérison a été complète le cinquantième jour, mais le malade a été perdu de vue cinq mois après l'opération. On ignore donc si, comme chez le mien, la continuité nerveuse s'est rétablie.

En 1839, un malade de M. Maye a subi successivement, pour une névralgie du genou, une amputation de cuisse, une resection du moignon et du nerf sciatique dans la cicatrice, une deuxième resection du nerf sciatique plus haut; enfin, une désarticulation de la hanche. Cette dernière opération put seule amener la cessation des douleurs.

En 1859, un chirurgien américain a fait la résection du nerf sciatique au-dessous de l'ischion; mais auparavant, il avait fait subir au membre inférieur trois amputations successives. Dans ces deux faits, on ne sait vraiment ce qu'il faut le plus admirer, ou de la ténacité du chirurgien, ou de la confiance et du courage des malades.

J'ai entendu dire que, dans ces derniers temps, M. Nélaton avait resequé le grand nerf sciatique pour une névralgie de la jambe, mais le fait n'a pas été publié.

L'observation qui précède est, à ma connaissance, le seul fait de névralgie de moignon pour lequel cette resection ait été pratiquée. C'est aussi la seule qui ait donné lieu à une étude physiologique des phénomènes observés.

La lecture du travail de M. Azam a été suivie d'une discussion animée et intéressante, qui a occupé plusieurs séances de la Société de Chirurgie de Paris. Nous croyons devoir en résumer les principaux traits.

En présence de ce fait et vu l'état actuel de son malade, M. Azam s'est demandé quelles pouvaient être les causes et quel était le mode de production des névralgies du moignon; quelles sont les conditions anatomiques, physiologiques et pathologiques auxquelles elles se trouvent liées; quelle est l'influence que peut avoir, sur leur développement, le mode opératoire employé dans l'amputation; quel est le mode de traitement le plus rationnel et le plus efficace à diriger contre elles; et enfin, quelle est la conduite qu'il aurait à tenir chez son malade, si la récidive venait, comme il le craint, à éclater? Faudrait-il pratiquer une troisième resection ou abandonner le malade à son malheureux sort?

M. Larrey pense, avec son illustre père, que la réunion *trop immédiate* peut donner naissance à des douleurs et même au tétanos. Mais cette *réunion immédiate* est excessivement rare. M. Marjolin ne pense pas en avoir vu plus de deux cas. D'ailleurs, on ne comprend pas que la réunion immédiate, qui place les tissus amputés dans les conditions les plus favorables à une prompte cicatrisation, qui les soustrait à toutes les causes d'inflammation, puisse être accusée de causer la névralgie du moignon; elle tendrait plutôt à la prévenir.

M. Verneuil fait jouer un grand rôle au névrôme comme cause du mal. Or, les névrômes se développent dans les moignons lorsque les nerfs sont irrités, soit parce que ceux-ci se trouvent pris dans la cicatrice, soit parce qu'ils sont comprimés sur les os. Dans l'amputation à lambeaux, par exemple, toutes les fois que le lambeau vient recouvrir, coiffer, pour ainsi dire,

l'os, le nerf compris dans ce lambeau se trouve comprimé et peut devenir le siége d'un névrôme. Il en résulte que le meilleur moyen d'empêcher le développement des névrômes et de la névralgie du moignon, c'est de retrancher du nerf une étendue suffisante pour qu'il ne soit pas soumis à la compression, soit par le tissu cicatriciel, soit par l'extrémité des os. Il faut même, puisqu'il est prouvé que la terminaison de tout nerf coupé doit être un névrôme, en retrancher le plus que l'on peut, parce que plus les nerfs seront profonds, plus ils seront éloignés de la surface du moignon, moins volumineux seront les renflements formés à l'extrémité de la section.

La resection des nerfs coupés aurait, d'ailleurs, d'autres avantages : elle donnerait la chance d'éviter ces névrites traumatiques qu'on voit résulter du séjour des nerfs coupés dans le foyer d'une suppuration prolongée. Peut-être même serait-elle un obstacle au développement de certains accidents fébriles graves, si l'on s'en rapporte aux résultats des expériences de M. Claude Bernard. On sait que celui-ci ayant coupé, chez un chien, une portion d'un nerf mixte, le sciatique, par exemple, puis supprimé les communications de ce nerf avec les nerfs vaso-moteurs, rameaux du grand-sympathique, n'a pu déterminer l'inflammation dans la partie lésée, quelque excitation qu'il lui ait fait subir. L'inflammation est donc un phénomène d'action réflexe, et on supprime la première en empêchant la manifestation de la seconde. Le beau idéal pour obtenir sans accidents la cicatrisation des plaies d'amputation, serait de supprimer l'action nerveuse. Il faut donc se rapprocher le plus de cet idéal, en resequant tout ce qu'on peut des cordons nerveux compris dans ces plaies. Cela n'a d'ailleurs aucun inconvénient.

Les objections de M. Marjolin, qui prétend que cette pratique pourrait avoir pour conséquence d'altérer la nutrition des tissus du moignon, d'en amener la gangrène, en supprimant, ou du moins en affaiblissant l'influence de l'action nerveuse, et contribuerait à produire la conicité du moignon; qu'elle serait impraticable dans les amputations circulaires portant sur des tissus indurés, lardacés, comme ceux qui avoisi-

nent les tumeurs blanches, ne sont, aux yeux de M. Verneuil, d'aucune valeur, attendu :

1° Que la nutrition du moignon n'est point compromise par la resection d'une partie, même considérable, d'un cordon nerveux, parce que les filets nutritifs émanés de ce cordon, et qui se distribuent aux vaisseaux, naissent toujours à une hauteur considérable au-dessus du niveau de la section; de telle sorte que l'on peut resequer une grande portion d'un cordon nerveux sans atteindre l'origine des filets nutritifs, et par conséquent sans altérer la nutrition des parties auxquelles se distribuent les vaisseaux animés par ces filets.

2° Qu'il est de précepte en chirurgie de n'amputer que dans les tissus sains, et que par conséquent on ne pourra être arrêté par des tissus de l'espèce indiquée par M. Marjolin.

M. Broca ajoute aux raisons données par M. Verneuil, pour prouver que le retranchement de quelques centimètres de cordon nerveux ne peut avoir aucune influence sur la nutrition du moignon, les résultats de ses nombreuses expériences sur les animaux, qui prouvent que l'influence du système nerveux sur les phénomènes de nutrition, sur l'inflammation et la cicatrisation des plaies est tellement faible qu'elle est à peine appréciable, et qu'il n'a jamais vu la section des troncs nerveux principaux d'un membre modifier, en quoi que ce soit, les phénomènes d'inflammation et de cicatrisation des plaies faites dans ce membre.

M. Marjolin réplique que l'état induré et lardacé des tissus remonte souvent très haut lorsqu'on est en présence de tumeurs blanches, et que s'il fallait n'amputer que dans les parties saines, il faudrait reporter beaucoup trop loin le lieu d'élection de l'amputation; que d'ailleurs l'expérience prouve que ces tissus reviennent, bientôt après l'opération, à l'état sain, et, dans ce cas, le précepte est au contraire d'amputer le plus bas possible. Quant à l'influence de la resection proposée par M. Verneuil, sur la nutrition, l'atrophie et la gangrène du moignon, M. Marjolin persiste dans ses craintes, et cite entre autres faits celui qui appartient à la pratique de M. Michon, et que nous reproduisons ici tel que celui-ci a bien voulu le rédiger lui-même :

« J'ai opéré, il y a au moins vingt-cinq ans, en présence de Marjolin père et de M. Jadioux, Mme X...; elle avait une de ces tumeurs dites *névrômes*, à la partie supérieure du nerf sciatique, à sa sortie de l'échancrure. Cette tumeur s'était accrue progressivement et assez rapidement; elle était fort douloureuse. Son ablation fut jugée nécessaire par M. Marjolin et par M. Jadioux. La tumeur avait le volume d'un œuf de poule; les filets nerveux, examen fait après l'opération, n'auraient pu être séparés de la tumeur. L'opération présenta les circonstances principales que voici :

» L'extrémité supérieure du névrôme était si près de l'échancrure sciatique, que je jugeai convenable, avant de faire la section du nerf, d'étreindre par une ligature forte et très vigoureusement serrée l'extrémité supérieure du nerf. Bien m'en prit, car la tumeur fut à peine séparée que le tronçon du nerf rentra dans le bassin, entraînant avec lui une partie de la ligature. J'eus le tort de ne pas prendre la même précaution pour le bout inférieur, croyant m'être suffisamment mis à l'abri contre l'hémorrhagie qui pouvait être fournie par l'artère centrale du nerf sciatique, très volumineuse en cet endroit. Je fis la section du bout inférieur et j'enlevai la tumeur, le cordon nerveux se retira dans la gaîne qui l'enveloppe. Dans la journée même il se fit, dans cette gaîne, une hémorrhagie avec épanchement sanguin le long de la cuisse et dans les principales divisions de la jambe. Cet épanchement fut considérable, mais l'hémorrhagie s'arrêta. Cet épanchement fut en partie résorbé et en partie éliminé par de la suppuration phlegmoneuse à la jambe. A part cet accident, les choses se passèrent heureusement et la guérison s'opéra.

» Mme X... marcha d'abord avec une béquille; mais après quelques mois elle put marcher sans appui, aller beaucoup dans le monde et au bal, où elle dansa les danses à la mode à cette époque. Elle a été radicalement guérie, c'est à dire que jamais, pendant près de vingt ans que je l'ai observée, aucune espèce de récidive ne s'est manifestée, et elle a pu vaquer à tous les exercices. Elle était veuve à l'époque de l'opération, elle s'est remariée depuis, et a succombé, il y a cinq ans environ, à une hémorrhagie cérébrale foudroyante.

» La cuisse avait conservé son volume, les muscles de la jambe se sont singulièrement émaciés; cette atrophie a surtout été sensible pendant les premières années; le pied, dans le principe surtout, était resté un peu pendant.

» Le premier hiver, Mme X .. s'est fait des eschares par brûlure aux orteils, en se chauffant, sans avoir conscience de la chaleur. Soit par habitude, soit par précaution, cet accident ne s'est plus présenté dans la suite. Les muscles de la jambe et même ceux du pied ont ultérieurement repris un peu d'accroissement, sans jamais atteindre le volume ni l'énergie de ceux du côté opposé.»

M. Azam, cherchant à s'expliquer la récidive dont son malade a été une première fois victime, s'est demandé si l'on ne pouvait pas, en dehors de l'hypothèse probable d'un névrôme, admettre la possibilité de la cicatrisation, ou plutôt de la régénération de la partie resequée du nerf sciatique.

Mais M. Broca n'admet pas cette hypothèse. Il n'a jamais vu, dans ses expériences sur les animaux auxquels il a fait la resection d'une portion du nerf sciatique, la régénération du nerf se faire et l'influx nerveux se rétablir. Six mois et plus après l'opération, les animaux restaient complètement impotents du membre qui avait subi la mutilation. L'opéré de M. Azam n'ayant pas recouvré le mouvement du membre paralysé après la resection du nerf sciatique, on ne peut admettre que la sensibilité du nerf se soit rétablie alors que la motilité a fait défaut.

Il faudrait pour cela admettre que les nerfs mixtes possèdent certaines affinités électives, en vertu desquelles les tubes sensitifs seuls rétabliraient leur continuité, tandis que les tubes moteurs seraient exclus de ce privilége. Cette explication n'est pas physiologique, et d'ailleurs l'expérience et l'observation prouvent le contraire. Sans doute, la cicatrisation, la régénération et le rétablissement de l'influx nerveux, peuvent se produire dans les nerfs, mais dans les nerfs autres que le nerf sciatique; car, en ce qui concerne celui-ci, la science n'a pas un seul exemple de ce fait.

M. Houel déclare qu'il a vu l'influx nerveux se rétablir, la

sensibilité et le mouvement se reproduire dans le bras, vingt-quatre heures ou du moins huit ou dix jours après la resection de 2 ou 3 centimètres du nerf médian, dont les bouts avaient été affrontés et réunis par la suture. Il s'agissait, il est vrai, du nerf médian et non du sciatique; mais le fait n'en a pas moins sa valeur.

M. Verneuil, mettant en doute ce fait, selon lui extraordinaire, unique dans la science et contraire à toutes les lois physiologiques, objecte que la physiologie expérimentale nous apprend que la cicatrisation, la régénération de la substance nerveuse, et le rétablissement de l'influx nerveux, sont des phénomènes qui résultent d'un travail lent, à l'accomplissement duquel des mois et des années sont nécessaires, et qui, à coup sûr, ne peut se terminer dans l'espace de vingt-quatre heures ou de huit jours. Le nombre des tubes nerveux contenus dans un cordon nerveux, même de petite dimension, est prodigieux; il faut, pour que ces tubes s'organisent au sein du plasma cicatriciel, qu'ils le traversent pour venir s'aboucher, unir intimement les deux bouts du nerf divisé, et en rétablir la continuité; or, ce travail entraîne des phénomènes trop complexes, pour qu'il puisse s'opérer en aussi peu de temps que le prétend M. Houel.

M. Broca, appuyant ces observations, reconnaît que certains nerfs, et entre autres le pneumo-gastrique, peuvent se cicatriser; mais ce résultat, possible en quelques mois, ne l'est pas en quelques jours. Dans le fait de M. Houel, il peut y avoir eu quelque erreur d'observation. La main reçoit, en effet, d'autres nerfs que ceux qui proviennent du nerf médian. Les nerfs cubital et radial s'y distribuent aussi; n'a-t-on pas erré par inattention, attribué à l'action du médian des mouvements dépendant de l'un ou de l'autre de ces deux nerfs? A-t-on observé la peau centimètre par centimètre, et interrogé les muscles un à un? Le fait de M. Houel paraît inacceptable.

D'ailleurs, il ne faut pas confondre la cicatrisation d'un nerf avec la régénération des tubes nerveux. La cicatrisation peut s'obtenir rapidement, quelquefois même par première intention, par l'interposition, entre les deux bouts du nerf divisé, du plasma

cicatriciel qui s'organise en tissu fibreux. Mais les fonctions du nerf ne se rétablissent pas, par cela seul que ses deux bouts ont été affrontés et réunis; il faut pour cela que les tubes nerveux se régénèrent et que leur continuité se rétablisse; il faut que les tubes de nouvelle formation percent la cicatrice et viennent s'aboucher bout à bout au travers du tissu cicatriciel Or, c'est là un travail très lent. Et tandis que le travail de cicatrisation peut s'accomplir en quelques semaines, il faut des mois pour que le travail de régénération s'accomplisse ; car il ne suffit pas que l'abouchement se produise entre quelques tubes, il faut qu'il ait lieu entre des milliers.

M. Houel, mis en demeure de citer des faits à l'appui de sa manière de voir, réplique à MM. Verneuil et Broca, en apportant deux observations, celle de M. Nélaton, que ces messieurs mettaient en doute, et celle que M. Laugier a lue à l'Académie des Sciences, et que le lecteur trouvera à la suite de ce résumé. Dans le fait de M. Nélaton, il s'agit d'une femme affectée d'un névrôme du nerf médian et opérée par cet habile chirurgien. Les deux bouts du nerf resequé ont été affrontés et réunis par la suture. Dès le lendemain, ou du moins sept ou huit jours après, les mouvements s'étaient rétablis dans les muscles animés par le nerf médian : fléchisseur superficiel et fléchisseur profond des doigts, muscles de l'éminence thénar, etc. La malade pouvait fléchir la première phalange de l'index et du médius sur la seconde, exécuter le mouvement d'opposition du pouce avec l'index et le médius, etc. Toutefois, chose digne de remarque, aucun signe ne s'était manifesté encore du retour de la sensibilité dans les parties de la peau qui reçoivent les filets du nerf médian.

Voilà donc deux faits nouveaux et curieux qu'on ne peut nier par la raison qu'ils sont extraordinaires ou insolites, et à propos desquels il est plus sage de se tenir à égale distance d'une crédulité aveugle et d'une incrédulité systématique. Nous renvoyons d'ailleurs aux arguments, à notre avis sans réplique, que M. Velpeau a émis en faveur de la réalité du fait de M. Laugier, arguments que le lecteur trouvera à la suite de l'observation de M. Laugier citée plus loin.

M. Verneuil, ébranlé par ces faits, a dû les reconnaître inexplicables pour lui, et se renfermer dans les prudentes limites d'une réserve philosophique; seulement, il a émis quelques doutes sur la question de savoir si c'est réellement à l'affrontement et à la suture des deux bouts du nerf qu'est dû le retour des fonctions. Tout le monde sait, dit-il, ce qui se passe dans les bouts des nerfs resequés ou coupés. Il se fait là un travail d'atrophie, suivi bientôt d'un travail de régénération qui procède de la périphérie au centre ; or, jusqu'à présent, rien ne prouve que l'action de suturer les deux bouts d'un nerf ait la faculté de supprimer ce double travail d'atrophie et d'hypertrophie. Il y a, de plus, à savoir comment les fibres élémentaires motrices se réunissent aux fibres motrices, les fibres sensitives aux fibres sensitives. Cela n'enlève rien, sans doute, à l'intérêt de la question au point de vue chirurgical, quoiqu'il ne faille pas non plus oublier absolument les dangers de la piqûre des nerfs. Mais au point de vue physiologique, il ne faut pas conclure, parce qu'on voit les fonctions d'un nerf coupé se rétablir après la suture, que le retour des fonctions est dû à cette suture.

A l'appui de ces doutes, M. Verneuil présente un grand nombre d'observations puisées à différentes sources, et dans lesquelles des nerfs ont été coupés et des portions enlevées sans que les bouts aient été réunis, et dans lesquelles la sensibilité et le mouvement se sont rétablis, et il tire de tous ces faits cette conclusion que dans tous ces cas de section ou d'excision de filets nerveux importants, suivis du rétablissement plus ou moins rapide des mouvements et de la sensibilité, nous ne savons pas ce qui se passe dans les parties lésées, nous ignorons complètement comment et par quel mécanisme se rétablit l'influx nerveux; qu'il vaut donc mieux avouer franchement notre ignorance que de se livrer à des hypothèses que rien ne démontre. L'affrontement des deux bouts nerveux peut être suivi du rétablissement des fonctions; mais comme on peut observer les mêmes phénomènes, alors qu'il n'y a pas eu affrontement, on est obligé de reconnaître qu'on n'est pas en droit d'affirmer que c'est à l'affrontement qu'est dû le retour des fonctions.

La question du traitement des névralgies du moignon a dû aussi être agitée, d'autant mieux que M. Azam demandait ce qu'il aurait à faire dans le cas d'une récidive. Or, à la suite d'une analyse excellente faite par M. le Dr Legouest, d'un travail d'un chirurgien italien, M. Guerini, sur le traitement chirurgical des névralgies en général et de celles du moignon en particulier, travail qui renferme un très grand nombre de faits qui prouvent que ce traitement chirurgical est illusoire, qu'il est presque toujours, sinon toujours, suivi de récidive, la Société de Chirurgie a dû se rallier à la conclusion de l'auteur et reconnaître qu'il est étrange qu'on n'ait pas encore renoncé au traitement chirurgical des névralgies. On s'étonne, en effet, de voir des chirurgiens assez hardis pour proposer, et des patients assez courageux pour accepter, non pas seulement la resection d'un nerf, mais l'amputation d'un membre; lorsqu'on voit quelques malheureux subir successivement plusieurs amputations, et même la désarticulation d'un membre, sans pouvoir obtenir, au prix de leur courage, la cessation de leurs souffrances; des femmes recourir inutilement à l'avulsion de plusieurs dents pour des névralgies de la cinquième paire, on se demande pourquoi tant de persévérance à employer un moyen aussi inutile que cruel.

M. Richet cite des faits analogues, et conclut aussi à l'inutilité du traitement des névralgies par les resections. Comment, en effet, peut-on ne pas remarquer que souvent la cause de la névralgie est située en un point qui est hors des atteintes du chirurgien; que cette cause est très souvent générale, et ne peut alors céder qu'à un traitement général, si toutefois l'affection générale est susceptible de guérison, telle que la syphilis, l'anémie, etc., etc. Telle est aussi l'opinion de MM. Voillemier et Richard, et de beaucoup d'autres sans doute, chez lesquels les manifestations locales des maladies ne sont pas l'objet de préoccupations trop exclusives, et qui n'oublient pas qu'en étant chirurgiens ils doivent rester physiologistes et médecins, et savoir remonter des effets aux causes.

M. Azam fera donc bien de laisser son malade à son sort, quelque pénible que cela soit, plutôt que d'avoir recours à une

nouvelle resection du nerf sciatique ou à celle du nerf crural, comme lui ont conseillé MM. Verneuil et Broca. Le premier considère la récidive comme le résultat du développement d'un nouveau névrôme sur le bout supérieur du nerf sciatique resequé, ce que M. Azam ne peut admettre, car alors son malade souffrirait au dessus du creux poplité, tandis qu'il ne souffre qu'à l'extrémité du moignon; et M. Broca pense que c'est le nerf crural qui est actuellement le siége de la douleur. La guérison absolue pendant plusieurs mois n'infirmant pas, selon lui, cette manière de voir, parce que la resection a porté sur le nerf qui était spécialement douloureux lorsqu'elle a été pratiquée.

A. PLUMEAU.

SUTURE DU NERF MÉDIAN

par M. LAUGIER.

Une Note lue à l'Académie des Sciences dans sa séance du 20 juin 1864, par M. Laugier, mérite d'être rapprochée du travail de M. Azam. Il s'agit, dans cette Note, de la suture du nerf médian, opérée par M. Laugier dans son service de l'Hôtel-Dieu, le 13 juin 1864. Nous laissons parler M. Laugier:

« Les deux artères radiale et cubitale, les muscles grand et petit palmaires, quelques faisceaux du fléchisseur superficiel des doigts, et de plus le nerf médian, avaient été complètement divisés en travers. Une hémorrhagie abondante décida M. Ledentu, interne du service, à pratiquer immédiatement la ligature des deux artères; mais le bout supérieur du nerf médian n'ayant pu être retrouvé dans la plaie, un premier pansement réunit les lambeaux de la peau par des points de suture séparés; puis la main fut placée sur un coussin dans la flexion sur l'avant-bras. C'est dans cet état que j'ai vu le blessé pour la première fois, le lundi 13 juin. L'hémorrhagie n'avait point reparu; mais il me fut facile de

constater l'effet de la section complète du nerf médian, et incomplète du nerf radial, qui avait été coupé dans les deux tiers de son diamètre transversal, les deux bouts restant unis par une bandelette de tissu nerveux. La sensibilité avait disparu dans toutes les parties desservies par le nerf médian, c'est à dire dans toute l'étendue de la face palmaire des trois premiers doigts, pouce, index et médius, et jusqu'à la face externe de l'annulaire inclusivement. Elle avait cessé en partie seulement dans les points où le radial se répand à la main; ainsi, intacte sur la face dorsale du pouce et du premier espace interosseux, elle était nulle au niveau de l'index et de la moitié inférieure de la face dorsale du médius.

» Les mouvements d'opposition du pouce étaient impossibles. Je n'ai pas besoin de dire que ce mouvement d'opposition n'a pas été confondu avec celui d'adduction, qui avait trouvé son principe dans le nerf cubital.

» Cette perte du mouvement d'opposition du pouce et de la sensibilité due au médian dans l'étendue indiquée me préoccupa aussitôt, et je pensai que s'il était possible de les rendre au blessé, il fallait agir immédiatement et faire la suture des deux bouts du nerf entièrement coupé. La plaie fut rouverte par la section des fils qui réunissaient les lambeaux cutanés, et par l'extension de la main sur l'avant-bras; le bout inférieur du médian, libre et flottant dans la plaie au-dessus du ligament annulaire du carpe, avait une longueur de 2 1/2 centimètres; le bout supérieur n'était pas visible, il était sans doute remonté dans l'épaisseur du lambeau avec un faisceau coupé du muscle fléchisseur superficiel. Après quelques instants de recherches infructueuses, je vis bien que pour opérer la suture du nerf il fallait le découvrir par la dissection. Le blessé, qui comprenait l'utilité de cette opération, fut endormi par le chloroforme, et je fis une incision d'environ 6 centimètres sur la partie moyenne du

lambeau, à partir de la plaie, le long de la face antérieure de l'avant-bras. Après la section longitudinale du muscle fléchisseur superficiel, le tronc du nerf médian se montra sous l'instrument. Ce nerf saisi, je passai à travers la partie moyenne du bout supérieur, à 12 millimètres environ au-dessus de son extrémité libre, un fil de soie à l'aide d'une aiguille à staphyloraphie presque droite; le bout inférieur fut traversé de la même manière avec le même fil, dont les deux chefs furent tirés puis réunis par un double nœud, de façon que les deux surfaces de section du nerf fussent amenées au contact sans violence, et que les deux bouts du nerf fussent maintenus en place au-dessus et au-dessous de la plaie par le fil. Un des chefs du fil fut coupé, l'autre conduit dans l'angle interne de la solution de continuité des parties molles.

» Le résultat de cette opération très rare, presque inconnue hors du champ de la physiologie expérimentale, et contre laquelle même s'élèvent dans la pratique des objections théoriques très sérieuses, telles que la crainte de douleurs vives et d'accidents nerveux redoutables, les convulsions et le tétanos, a dû être suivi par moi avec attention et une sorte d'anxiété. Eh bien! aucune douleur remarquable n'en a été la suite, aucun accident que l'on puisse rapporter à la suture du nerf n'a été observé. La fièvre traumatique, le gonflement et la rougeur de l'avant-bras n'ont point dépassé la mesure des phénomènes généraux et locaux, que la blessure, indépendamment de la lésion du nerf, devait amener. Je n'ai donc pas à y insister, et je me hâte d'appeler l'attention de l'Académie sur l'effet de la suture du nerf médian au point de vue si capital du retour de la sensibilité et des mouvements.

» Dès le lundi soir, jour de l'opération, la sensibilité semble un peu rétablie dans les points où elle avait disparu; le malade dit positivement sentir le contact des doigts ou de

tout autre objet appliqué à la face palmaire des doigts paralysés du sentiment par la section du nerf médian, mais cette sensibilité est obtuse.

» Mardi, le lendemain de la suture du nerf, le retour de la sensibilité est très marqué; il y a encore une notable différence entre celle des deux mains et des parties de la main gauche desservies par le médian ou par le nerf cubital; mais ce qui frappe surtout, c'est que le mouvement d'opposition du pouce se fait très facilement.

» Le mercredi et le jeudi matin, il y a accroissement de la sensibilité et des mouvements; toutefois, il est facile de constater le jeudi que certaines sensations ne sont pas perçues : la pointe d'une épingle pressée contre la face palmaire du médius ne détermine aucune douleur. En appliquant, sur les parties de la face palmaire dont la sensibilité est altérée, un corps froid, comme une paire de ciseaux, le malade n'éprouve pas la sensation du froid que ce contact devrait produire : il rapporte d'ailleurs très bien aux points touchés les impressions ressenties; de sorte que trois jours après la suture du nerf divisé, si la sensibilité tactile est revenue en grande partie, les sensations de douleur et de température ne sont pas perçues. Mais les progrès sont si rapides, que le vendredi, quatrième jour révolu depuis l'opération, la sensation de piqûre est obtuse, et celle de température est sensiblement manifeste.

» Aujourd'hui lundi, huitième jour, tout le bénéfice de l'opération est conservé. Mais je laisse là ces détails, car les modifications de la sensibilité et des mouvements sont à l'étude, et d'autres variations dans le sens du progrès vers le retour complet des fonctions du nerf devront nécessairement encore être recueillies et notées jusqu'au rétablissement complet. Je prie maintenant l'Académie de me permettre de faire remarquer en quoi cette observation se rattache aux faits connus,

et sous quels rapports elle en diffère en y ajoutant des notions nouvelles. Des expérimentateurs habiles ont eu, dans leurs recherches sur les animaux, des résultats très divers. Il en est qui n'ont pu obtenir, par la suture des nerfs coupés, le retour des fonctions. La sensibilité et le mouvement sont restés abolis; mais en regard de ces insuccès, il faut rappeler surtout les opinions et les belles expériences de l'illustre secrétaire de l'Académie, M. Flourens, qui, entre autres faits, obtint sur un coq la réunion par suture de deux nerfs de l'aile, qui, d'abord pendante et paralysée, reprit au bout de trois mois ses fonctions. A cette époque, la sensibilité était manifeste au-dessus et au-dessous de la section du nerf. Cette expérience ne laissait aucun doute sur la possibilité du rétablissement de la sensibilité et des mouvements après la section et la suture d'un nerf des membres; mais l'observation que j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie démontre de plus que ce retour des fonctions sensitives et motrices peut avoir lieu dans un petit nombre d'heures, avec une étonnante précision. Cette différence tient-elle au procédé mis en usage pour la suture, ainsi qu'à l'immobilité plus facile à obtenir chez l'homme que sur les animaux? C'est ce que de nouvelles expériences apprendront. Je ne connais pas d'autre fait publié où le rétablissement des fonctions ait été aussi rapide après la suture du nerf. Cette suture, on peut le dire même, n'est point admise dans la pratique chirurgicale d'une manière générale. Les chirurgiens, un peu effrayés sur les conséquences de la présence de corps étrangers dans la substance des nerfs, ont préféré jusqu'ici attendre, en la favorisant par la situation des parties divisées, l'effet de la réunion médiate des bouts isolés du nerf par un tissu cicatriciel, dans l'épaisseur duquel, avec le temps, il s'est formé, ainsi que l'a démontré le microscope, des tubes nerveux en plus ou moins grand nombre. Un rétablissement lent et plus ou moins

complet des fonctions est la suite de la production de ces tubes nerveux cicatriciels. C'est la question, controversée encore aujourd'hui, de la régénération des nerfs, qui diffère sensiblement de la réunion immédiate évidemment obtenue dans le fait rare que je présente aujourd'hui à l'appréciation de l'Académie.

» Je viens de dire que je ne connais pas de fait semblable publié, mais je n'hésite pas à déclarer que je tiens d'une communication verbale de mon collègue, M. Nélaton, la connaissance d'une observation analogue, presque identique dans son résultat, quoique obtenue dans des circonstances un peu différentes. Après l'ablation d'un névrôme du même nerf médian à la partie moyenne du bras, et la resection de ce nerf dans une longueur de 2 centimètres environ, il opéra la suture des deux bouts, et quarante-trois heures après le retour de la sensibilité et des mouvements commençait à s'opérer. Comme dans le fait que j'observe en ce moment, il n'y eut ni douleur notable due à la présence du corps étranger passé dans l'épaisseur du nerf (c'était un fil métallique, et non un fil de soie comme chez mon malade), ni accident nerveux consécutif. Il me serait impossible de donner plus de détails au sujet du fait de M. Nélaton, qui, je l'espère, le publiera; mais je puis, ce me semble, pour la pratique chirurgicale à venir, faire ressortir l'importance des deux faits dans lesquels la suture immédiate a été si avantageuse, et tout à fait exempte d'accidents et de complications.

» Je crois toutefois que, pour un succès aussi rapide, le choix du mode de suture n'est pas indifférent. Le procédé que j'ai préféré offre des avantages notables. Un fil passé à travers le nerf, à l'aide d'une aiguille dont les bords tranchants ont été engagés dans une direction parallèle aux tubes nerveux, les ménage le plus possible. Il en reste autour de lui un grand nombre qui n'en reçoivent aucune atteinte.

Éloigné des surfaces de section du nerf simplement rapprochées au contact, il ne complique pas cette plaie de la présence d'un corps étranger, il n'y produit pas une inflammation plus vive, et laisse au courant nerveux toute sa liberté, puisqu'il favorise l'abouchement des tubes et ne s'interpose pas, en même temps qu'il offre aux bouts rapprochés un point d'appui en deux sens opposés.

» Je ferai remarquer, d'autre part, combien chez le blessé que je traite la suture du nerf médian était indiquée et urgente : les deux artères radiale et cubitale avaient été coupées en travers et liées; malgré l'abondance des anastomoses entre les artères de l'avant-bras et de la main, quand les deux troncs principaux sont liés au même instant, la circulation est incontestablement plus compromise que si l'un des troncs seul est interrompu. De plus, ici, pour les doigts auxquels le nerf médian donne ses branches, l'innervation était suspendue, et peut-être la gangrène, au moins partielle, était-elle à redouter. C'est un des motifs qui m'ont engagé à opérer la suture du nerf.

» D'autres questions intéressantes se rattacheront à ce cas de succès. Ce n'est pas comme dans la génération lente et à distance des nerfs par la production de tubes nerveux nouveaux que la circulation nerveuse s'est rétablie : c'est par l'abouchement plus ou moins exact des tubes coupés qu'elle a repris ici son cours. Cependant il est probable que dans le petit nombre d'heures qu'il a fallu pour cela, une mince couche de lymphe coagulable a été sécrétée au niveau de la section des tubes. Cette lymphe est-elle conductrice de l'influence nerveuse, ou a-t-elle d'emblée présenté des lacunes qui ont permis la continuité de la partie fluide centrale ou moelle des tubes nerveux? Ce sont là des questions qui appellent des recherches microscopiques sur les animaux. La nature du travail que j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie

a d'ailleurs un autre caractère : il est surtout de physiologie pathologique et d'intérêt chirurgical. Il a pour but de contribuer à établir un point de pratique peu connu, et dont l'art chirurgical paraissait plutôt s'éloigner, c'est à dire l'indication formelle de faire, dans les cas de section accidentelle, la suture des deux bouts du nerf coupé.

» En résumé, le fait que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie prouve :

» 1° Qu'après la suture d'un nerf coupé la sensibilité et les mouvements des parties auxquelles il se distribue peuvent se rétablir d'une manière très notable en un petit nombre d'heures ;

» 2° Que ce rétablissement des fonctions est rapidement progressif ;

» 3° Qu'il est successif, c'est à dire que la sensation tactile et les mouvements sont obtenus avant certaines sensations, par exemple celles de douleur et de température ;

» 4° Que la suture du nerf ne produit pas, du moins par le procédé que j'ai suivi et indiqué, de douleurs spéciales, ni nécessairement d'accidents nerveux graves, ce que du reste la ligature accidentelle de certains nerfs collatéraux des artères avait déjà prouvé ;

» 5° Qu'il faut admettre dans la pratique chirurgicale la suture des nerfs d'un volume notable, et dont la section intéresse la sensibilité et le mouvement de parties plus ou moins étendues. »

Après la lecture de cette Note, M. Velpeau fait observer que le fait de M. Laugier n'a pas seulement pour résultat de confirmer la belle expérience de M. Flourens sur le rétablissement possible de la sensibilité et du mouvement dans les muscles paralysés par la section d'un nerf mixte si on en opère la suture, il démontre en outre que ce retour des fonctions peut être très rapide, fait complètement nié jus-

qu'ici par quelques chirurgiens. Sous ce rapport même, ajoute M. Velpeau, le fait de M. Laugier a de l'actualité. Il y a quelques jours à peine, dans une Société savante exclusivement occupée de chirurgie, la question a été agitée, et le retour immédiat des fonctions après la cicatrisation du nerf a été nié de nouveau. Si ces fonctions ont reparu, ce n'est pas, a-t-on dit, à travers la cicatrice que leur reproduction a eu lieu. Or, le fait de M. Laugier prouve, au contraire, que c'est bien par le rapprochement des bouts du nerf que la sensibilité et le mouvement reparaissent dans la partie paralysée : car avant la réunion et la suture des deux bouts du nerf divisé, les muscles auxquels se rend le nerf médian étaient paralysés, et, après la réunion et la suture, les mouvements se sont montrés dès le lendemain.

DE LA BELLADONE CONTRE LA CONSTRICTION HERNIAIRE;

par M. de LARUE, D. M. P.,
membre correspondant de l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare, médecin de l'hospice des Vieillards à Bergerac, etc., etc.

Mon premier travail sur la matière parut, le 15 juillet 1855, dans la *Revue thérapeutique du Midi,* pages 16 et suivantes.

Reçu avec faveur par les praticiens (la science, comme on le sait, ne possédait alors là-dessus que des données éparses, fugitives), il poussa généralement à l'expérimentation.

Exercé sur une large échelle, ce contrôle, où rayonnaient les noms les plus recommandables, répondit pleinement à nos vœux.

Notre méthode, franchement appréciée au dehors et au dedans, s'éleva d'un vol rapide, nous pouvons le dire, à la hauteur de son importance.

Après deux années consécutives d'épreuves concluantes,

dont quelques-unes nous appartenaient, nous dûmes la croire assise d'emblée sur des bases solides, inébranlables.

Cette confiance, hélas! trop légèrement conçue, ne tarda pas à s'évanouir devant les obstacles qui tendent toujours à obscurcir ici-bas toute vérité, principalement au sortir du berceau...

Aujourd'hui, la réputation de la belladone dans le traitement des hernies étranglées est-elle donc entièrement à refaire? Nous ne le pensons pas.

Ce précieux moyen ayant laissé dans l'espèce les traces d'une efficacité indélébile, il suffira, *nous l'espérons,* d'un appel sérieux à la mémoire de nos confrères pour le remettre en scène, et *peut-être* pour le préserver à l'avenir des ombres de l'oubli...

L'Observation suivante, que nous sommes heureux de publier, offre, selon nous, tous les caractères propres à faciliter les voies du succès.

Cette Observation, la voici :

Le sieur X., pêcheur, habite sur les bords de la Dordogne, à trois kilomètres de Bergerac.

Agé de trente-quatre ans, marié, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une forte constitution, il jouit ordinairement d'une bonne santé.

Depuis environ vingt-six mois, cet homme porte une hernie inguinale du côté droit, apparue sans cause violente.

Formée par l'intestin, l'affection, *quoique livrée à elle-même,* se montre généralement indolente.

Sous l'influence d'efforts inaccoutumés, son volume, d'habitude très médiocre, prend tout à coup, dans la matinée du 5 octobre 1863, un développement notable.

Appelé à donner mes soins au malade, nous constatons, à deux heures du soir, la symptomatologie ci-après : face pâle; regard abattu, inquiet; enveloppe cutanée sèche,

presque froide, surtout aux extrémités ; pouls concentré, peu fréquent ; langue saburrale ; respiration lente, entrecoupée ; tête lourde ; soif modérée, inappétence ; urines rares, épaisses ; ventre ballonné, sensible au toucher. *Nul besoin d'aller à la selle.* Vomissements répétés, *le plus souvent stercoraux.* Tumeur oblongue, dure, douloureuse, sans changement de couleur à la peau, de la grosseur d'un œuf de poule.

Le taxis, longtemps poursuivi, *malgré la souffrance qu'il occasionne,* ne réussissant pas, nous ordonnons, à part la diète, le repos, etc., etc., la belladone à l'intérieur.

Suivant notre usage en pareille occurrence, nous formulons cette substance comme il suit :

Eau distillée. . . . . 60 grammes.
Extrait aqueux de belladone. . . . . . 20 centigrammes.
Sirop de fleurs d'oranger. . . . . . . 30 grammes.
A prendre par cuillerées à café de *quinze minutes* en *quinze minutes.*

Le lendemain 6, un messager frappe de bonne heure à ma porte.

Ingéré en totalité, le remède a progressivement amendé les symptômes. La guérison approche. (Même prescription.)

Vers midi, je revois le patient. *La réduction de la hernie existe;* elle vient de s'opérer *spontanément,* en s'accompagnant d'un léger gargouillement.

Obtenu à l'aide d'environ *vingt-huit* centigrammes d'extrait de belladone, ce magnifique résultat se présente, conformément à la règle, libre de tout incident fâcheux.

Sévèrement assujéti pendant quelques jours aux prudentes exigences de la situation, le sieur X., alors muni d'un bandage approprié, reprend le 12 ses travaux habituels.

Comme on le voit, le cas précédent n'a pas besoin de commentaires.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Traitement des vomissements pendant la grossesse. — Le professeur G. Braun, de Vienne, remarque que le traitement des vomissements pendant la grossesse n'est pas toujours suivi de succès, comme le prouve suffisamment la longue liste de remèdes préconisés contre cette indisposition. On a conseillé, en effet, les moyens les plus divers, tels qu'un régime très nutritif composé de viandes noires, de gibier, de vin généreux et de café; des boissons gazeuses, l'eau-de-vie; les toniques amers, les antispasmodiques, les opiacés à l'intérieur ou en inhalation, les purgatifs doux et même légèrement drastiques; le bicarbonate de soude, ou la teinture de noix vomique.

Les uns, attribuant les vomissements à une sorte d'inflammation ou d'irritation du col dépendant de la pression de la tête, ont conseillé l'application de sangsues sur le col; les autres, les faisant dépendre de la rigidité du col, ont essayé l'application, sur cette partie, de pommades belladonées. Quelques-uns se sont bien trouvé de l'application de moxas, de vésicatoires ou de cautères à la région épigastrique; d'autres, de l'emploi de chloroforme, de l'iode, ou de la créosote. M. Corvisart a conseillé la pepsine; d'autres ont pensé qu'il fallait se borner à faciliter les vomissements, en faisant prendre, au moment où ils vont se produire, des boissons tenues toujours à portée pour la circonstance; et enfin, on a conseillé l'accouchement prématuré artificiel.

Dans quelques cas, les vomissements peuvent avoir pour cause un déploiement de l'utérus; il peut alors se faire, qu'après avoir résisté à tout traitement, ils soient guéris rapidement et d'une manière permanente par le replacement de l'utérus dans son état normal. C'est ce qui a été observé par le Dr Braun, dans un cas où les vomissements coïncidaient avec une antéflexion de l'utérus. Cette observation est d'autant plus intéressante qu'aucun autre cas semblable n'a encore été publié. Nous laissons parler M. le professeur Braun.

« Le sujet était une femme de vingt-deux ans, née de parents sains et robustes; elle avait été menstruée pour la première fois dans le courant de sa seizième année, et depuis elle l'avait toujours été régulièrement. En décembre 1862 les règles ne parurent pas, et pendant ce mois la malade jouit encore d'une parfaite santé. Le 1er janvier,

les vomissements survinrent, cessèrent le lendemain pour reparaître quelques jours après, et enfin, au mois de mars, ils devinrent si violents qu'elle fut obligée de me consulter.

» La malade est de taille moyenne, ses os sont petits et frêles, et ses muscles développés en proportion. Son corps est amaigri et sa peau d'une couleur jaunâtre. Les seins, dont la peau est légèrement tendue, sont fermes; les mamelons irréguliers et entourés d'une aréole bistre. Il n'y a pas de symptôme du côté du cerveau. Le thorax, bien arqué, présente des dimensions normales; la respiration est naturelle. La respiration et l'auscultation ne donnent aucun bruit anormal. En palpant la partie inférieure de l'abdomen, on voit que cette partie est volumineuse, et au-dessus de la symphyse du pubis on sent une tumeur dont les limites ne peuvent être exactement déterminées à cause de la tension des parois, mais qui rend un son mat à la percussion. La température du vagin, dont les dimensions sont normales, est un peu élevée, et la sécrétion de la membrane muqueuse augmentée. Au travers de la paroi antérieure du vagin, on trouve une tumeur ronde et solide, qui ne peut être soulevée qu'avec peine, et qui fait suite, en arrière, à la portion vaginale du col, courbée en angle, et dirigée vers la pointe du coccyx. Il y a constipation, et la malade vomit de dix à quinze fois par jour, et surtout quand elle est à jeun, de petites quantités de glaires verdâtres. Mais il n'y a pas de nausées, et les matières sont rendues tout d'un coup comme par éructations. Le pouls est à l'état normal. La malade se plaint de quelques vertiges, qui durent une ou deux minutes, et qu'elle éprouve ordinairement quand elle est assise sur son lit. L'absence de toutes maladies dans lesquelles les vomissements se montrent, telles que la gastrite aiguë ou chronique, le catarrhe, les ulcères et le cancer de l'estomac, rend le diagnostic facile, et les vomissements ne peuvent être attribués qu'à la position de l'utérus.

» Quoiqu'il était probable, sinon certain, qu'il n'y avait point d'adhérences entre le fonds de l'utérus et la partie postérieure de la vessie, il restait cependant quelque doute sur ce point, car il arrive souvent, en pareil cas, que l'utérus reprend sa position lorsqu'on cherche à le déplacer; mais comme la cessation des vomissements dépendait de la plus ou moins grande facilité qu'on aurait à le rétablir dans sa position normale, je me déterminai à en faire l'essai.

» Dans ce but, la vessie fut vidée avec la sonde, et le rectum fut aussi nettoyé. Comme la malade ne paraissait pas trop craindre la

douleur, je me décidai à entreprendre l'opération sans le secours du chloroforme. Deux oreillers furent placés sous le sacrum, afin d'élever la région du pelvis; l'index et le médius de la main gauche furent introduits dans le vagin, et une pression en avant et en haut fut exercée. Le fond de l'utérus s'éleva immédiatement et put être senti au travers des parois abdominales. Afin d'en prévenir la rechute, je fis coucher la malade sur la face, position qu'elle garda presque continuellement pendant plusieurs jours. Le résultat fut des plus satisfaisants. Les vomissements, qui étaient survenus six fois dans la matinée du jour de l'opération, cessèrent tout à coup. La malade a déclaré qu'elle avait éprouvé une amélioration immédiate aussitôt que l'utérus avait été replacé dans sa position normale; et à l'aide d'un régime nourrissant, elle se rétablit rapidement et complètement. »

(Extrait du *Woehenblatt der Zeitschrift... in Wien.*)

De l'emploi de l'iode pour assainir et désinfecter. — Dans une réunion de l'Association britannique pour le progrès des sciences, à Newcastle, M. W. Richardson dit qu'en plaçant de l'iode dans un appartement, soit dans de petites boites à couvercle posé, soit dans les vases qui ornent les cheminées, la vapeur d'iode se répand dans l'air de l'appartement, y développe une odeur douce et agréable, et détruit en outre toutes les matières organiques qui peuvent s'y trouver en suspension. Dans le cas où on voudrait obtenir des effets immédiats, on pourrait placer de l'iode sur une soucoupe ou une assiette sous lesquelles on appliquerait la flamme d'une bougie ou d'une lampe, l'iode se volatiliserait, et la pièce serait instantanément purifiée. M. Richardson ajoute que, dans des cas de petite vérole, la connaissance de cette propriété de l'iode peut être d'une grande utilité. Les matières organiques répandues dans l'appartement occupé par des individus atteints de cette maladie en rendent l'habitation dangereuse aux autres; il a réussi, dans ces circonstances, à rendre ces lieux complètement inodores en y répandant des vapeurs d'iode, et il a fait, à cette occasion, cette remarque curieuse, que lorsque l'air était abondamment chargé de matières organiques, l'odeur de l'iode était imperceptible, ce qui prouvait que l'iode avait bien réellement purifié et désinfecté l'air en s'unissant aux matières organiques, et en les détruisant.

(*Medical Times.*

Tumeur adénoïde du sein. Guérison par l'iodure de potassium; obser-

vation recueillie dans le service de M. Velpeau, par M. de Montfumat. — C... (Lætitia), âgée de quatorze ans et demi, polisseuse, entre le 4 avril 1864 à la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 17 (service de M. Velpeau).

Cette jeune fille, d'une bonne constitution, pas encore réglée, s'aperçut, il y a environ un mois, qu'elle avait une grosseur au sein droit. Dure et indolente au début, cette grosseur était venue sans cause dont la malade ait gardé le souvenir; seulement il est bon de savoir que la profession de cette jeune fille l'obligeait à tenir l'avant-bras droit appuyé contre la poitrine, c'est-à-dire contre le sein malade.

Voici ce que l'on constate à son entrée :

Tumeur du volume d'un gros œuf de poule, occupant le sein droit, bosselée, dure, élastique, bien isolée, roulant sous la peau, présentant pour ainsi dire les caractères d'un corps étranger. Peau saine, sans adhérences avec la tumeur et sans traces d'inflammation. Rien du côté de l'aisselle.

A cette description, on reconnait facilement l'adénoïde.

Le diagnostic une fois porté, l'opération était parfaitement indiquée; cependant M. Velpeau l'ayant différée, crut remarquer, au bout d'une dizaine de jours, que la tumeur tendait à diminuer. Il prescrivit alors l'iodure de potassium, donné à l'intérieur à la dose de 60 centigrammes par jour (16 avril).

Ce qui d'abord n'avait paru être qu'une apparence, devint bientôt une réalité, et le 25 avril la tumeur avait diminué d'un tiers.

Le 1er mai, M. Velpeau fait appliquer un bandage compressif.

A partir de ce moment, on peut tous les cinq jours suivre de l'œil et du doigt la diminution graduelle de la tumeur.

Enfin, la jeune fille sort le 30 mai; sa tumeur adénoïde est réduite au volume du pouce.

Le traitement doit être continué hors de l'hôpital, et la malade prend l'engagement de venir tous les huit jours se faire appliquer l'appareil compressif.

Cette observation est doublement intéressante : d'abord c'est une rareté de voir une tumeur adénoïde développée chez une jeune fille de quatorze ans et demi. La statistique de M. Velpeau, consignée dans son *Traité des maladies du sein,* ne porte pas sur des sujets âgés de moins de quinze ans.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans l'histoire de cette

tumeur, c'est le phénomène de résorption dont elle a été le siége.

M. Velpeau dit : « La disparition spontanée de ces tumeurs, quoique rare, n'est pourtant pas absolument impossible. »

A l'appui de cette assertion, le professeur cite trois cas d'adénoïdes disparues spontanément. Des observations du même ordre sont venues depuis enrichir la collection des tumeurs résorbées spontanément ou sous l'influence des médications internes et de la compression.

Dernièrement encore, la résorption s'effectuait dans l'espace de dix mois chez une dame que M. Velpeau voyait en ville.

De pareils faits méritent d'être pris en grande considération, d'autant plus qu'il est généralement admis que toute tumeur adénoïde est destinée à être extirpée, et cette pratique paraît d'ailleurs très-rationnelle.

Comment espérer, en effet, si l'on n'en a pas vu d'exemple, qu'un corps très dur et pour ainsi dire étranger dans la mamelle, pourra se résorber?

La résorption ne semble-t-elle pas devoir s'attaquer seulement aux dépôts liquides ou légèrement concrets?

Ce qui ajoute encore à la valeur de notre observation, c'est que nous avions affaire à une adénoïde-type dont la dureté pouvait être qualifiée de pierreuse.

Quand il se trouve en présence de pareilles lésions, surtout si elles sont de date récente, le chirurgien doit donc faire précéder l'opération du traitement interne et de la compression. Si la disparition de la tumeur n'a pas lieu, il sera toujours temps d'avoir recours à l'opération ; l'adénoïde est une affection avec laquelle on peut temporiser : il lui faut plusieurs années avant qu'elle subisse une transformation, une dégénérescence qui mette sérieusement en danger les malades.

Nous rappellerons enfin que si la tumeur se développe chez une femme qui touche à la ménopause, on sera encore plus en droit de temporiser, car M. Velpeau a écrit :

« Lorsque les adénoïdes n'ont point été traitées et lorsque les femmes sont à l'âge critique, la résolution s'en empare plus souvent qu'à toute autre période de la vie. »

Mais quelle doit être la limite de la temporisation? Il est impossible de la fixer mathématiquement : il y a ici des considérations variables avec la malade et que le chirurgien seul peut bien apprécier.

Malheureusement, comme le faisait remarquer M. Velpeau, il y a là un écueil, et cet écueil est dans le diagnostic.

Il s'agit effectivement de bien différencier l'adénoïde d'un encéphaloïde ou d'un squirrhe à la période de crudité.

Tout retard peut être fatal dans le cas de tumeur maligne, surtout si l'on admet avec M. Velpeau que les tumeurs malignes peuvent être primitivement locales, et que plus tard seulement elles se généralisent. Et cela autorise à rappeler ce principe, que dans le doute l'opération serait certainement la pratique la plus sage.

(*Gazette des Hôpitaux,* jeudi 9 juin 1864.)

Blennorrhagie, arthrite et ophthalmie purulente; douches oculaires. — Dans la séance du 20 avril de la Société des Sciences médicales de Lyon, M. le docteur Icard a rapporté une observation de *blennorrhagie compliquée, d'arthrite et d'ophthalmie purulente.*

Le sujet de l'observation est un jeune homme de 22 ans, vigoureusement constitué, qui arrive à l'hôpital des Collinettes le 10 juin 1862 avec une arthrite aiguë du genou droit attribuée par le malade à une marche forcée, mais dont la cause réelle réside dans une blennorrhagie contractée le 25 août. Une saignée du bras, deux applications de sangsues, l'emploi de cataplasmes laudanisés amendèrent assez rapidement les symptômes de l'arthrite.

Le 18 juin, à la visite du matin, on constate sur l'œil droit tous les symptômes d'une ophthalmie purulente et une disparition à peu près complète des douleurs articulaires.

Les lavages fréquents avec de l'eau fraîche et les collyres au nitrate d'argent furent mis en usage pendant trois jours sans amener dans l'état de l'œil de changement bien sensible. On eut alors recours au cathétérisme de l'urètre dans le but d'augmenter l'abondance de l'écoulement et de ramener les douleurs articulaires. Ce double résultat fut atteint et exerça une heureuse influence sur l'inflammation oculaire. En effet, deux jours après, on n'avait plus affaire qu'à une ophthalmie catarrhale ordinaire qui céda à l'emploi du calomel et d'un collyre astringent.

La blennorrhagie et l'arthrite furent respectivement traitées par des moyens appropriés, et le malade quittait l'hôpital complétement guéri le 24 août.

M. Icard fait remarquer, d'une part, que l'apparition de l'ophthalmie a suivi de près la diminution des douleurs articulaires, et, d'autre part, que le rappel de l'écoulement a aggravé l'arthrite et amendé du même coup l'affection de l'œil. Il semble donc que l'irritation artifi-

cielle de l'urètre, en augmentant les douleurs du genou, a déchargé d'autant la conjonctive oculo-palpébrale. Il y a eu là, en un mot, métastase entre deux lésions dépendant d'un même état morbide.

Pour rappeler le rapport de succession de l'arthrite et de l'ophthalmie, M. Icard propose de nommer cette dernière ophthalmie purulente inoculée. Cette distinction a déjà été faite par MM. Florent-Cunier et Gosselin, qui ont signalé la moindre gravité de l'ophthalmie métastatique, et sa réapparition à chaque nouvelle blennorrhagie; mais ces auteurs n'ont pas insisté sur la liaison étroite qui existe en pareil cas entre l'arthrite et l'ophthalmie.

Suivant M. Icard, la blennorrhagie n'est pas la seule maladie qui ait le triste privilége de produire les arthrites et l'ophthalmie purulente. Il a vu, pour sa part, une double arthrite du genou non-symptomatique d'une urétrite être suivie d'une double ophthalmie purulente dont la guérison, assez rapide, fut signalée par le retour des douleurs articulaires.

M. Gailleton s'arrêtant dans l'observation de M. Icard, à ce qui concerne l'ophthalmie purulente, reconnaît deux moyens héroïques pour combattre cette affection : 1° les douches oculaires; 2° la scarification de la conjonctive. Dans quelques cas exceptionnels, on peut être amené à l'excision d'une partie de cette membrane. Les collyres sont des agents utiles, mais ne viennent qu'en dernière ligne.

Les douches oculaires sont d'autant plus efficaces qu'elles sont prolongées; cinq ou six par jour au moins sont indispensables. Leur durée sera d'un quart d'heure au minimum. L'appareil variera suivant les lieux et les individus. A la ville, où l'on a la ressource des eaux de la compagnie, en adaptant un tube de caoutchouc au robinet, on peut obtenir à volonté une douche modérée ou puissante, d'un volume plus ou moins considérable. Un irrigateur Eguisier, un clysopompe remplacent ce moyen lorsqu'on ne l'a pas à sa disposition.

Enfin, un sceau suspendu à une certaine hauteur et muni d'un tuyau constitue un appareil assez convenable. Au commencement de la douche, l'œil sera fermé et le jet dirigé sur les paupières pour habituer l'organe à la sensation du froid; il suffit qu'ensuite l'œil soit légèrement entr'ouvert pour que le jet liquide parcoure les différentes parties de la conjonctive. Le malade s'habitue rapidement, et, comme nous l'avons vu plusieurs fois, demande à répéter la douche pour apaiser les douleurs.

Sous l'influence de l'irrigation, les douleurs s'apaisent, la photo-

phobie disparaît en partie, et l'écoulement diminue. La douche finie, on applique des compresses d'eau froide qu'on humecte souvent.

Dans les cas plus graves, on pratique en même temps la scarification de la conjonctive avec l'instrument de Desmarres ou un bistouri ordinaire. Il est inutile d'insister sur cette petite opération, décrite dans tous les traités d'ophthalmologie. S'il existe un chemosis volumineux, on excisera une partie de la conjonctive, et cette manœuvre procurera un dégorgement notable des vaisseaux oculaires.

Dans l'intervalle des douches, on instille fréquemment des collyres légèrement cathérétiques, au nitrate d'argent 0,10 sur 100, au sulfate de zinc 1 sur 100, etc. Parmi les moyens généraux, les purgatifs et les boissons délayantes formeront la base de la médication.

M. Gailleton repousse d'une manière formelle la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent. Cette pratique est depuis longtemps condamnée par des ophthalmologistes d'un grand mérite, et par M. Desmarres en particulier. Des résultats souvent fâcheux succèdent à cette pratique, et plusieurs de nos collègues ont pu voir les mécomptes obtenus à une époque où la cautérisation était ainsi pratiquée à l'Hôtel Dieu. Les collyres concentrés de nitrate d'argent sont moins dangereux, mais ils paraissent inutiles, la douche suppléant parfaitement à ce moyen douloureux. Les saignées répétées, les sangsues en grand nombre ne méritent pas, dans ces cas, leur réputation d'antiphlogistiques, et ce serait s'abuser que de compter sur leur action pour obtenir une amélioration rapide. Car il ne faut pas oublier que le temps presse et que l'œil peut être perdu en 48 heures ; et 30 grammes de sang tirés des vaisseaux de la conjonctive, équivalent à plusieurs palettes tirées de la veine : c'est là un fait clinique bien constaté. *(Journal de médecine de Lyon.)*

Deux nouveaux procédés qui simplifient considérablement l'opération de la hernie étranglée; par M. le docteur Ordinaire, de Mâcon. — L'opération de la hernie étranglée est placée avec juste raison au nombre des opérations les plus délicates de la chirurgie par les précautions qu'elle nécessite pour éviter de blesser les instestins, et des plus graves par ses conséquences trop souvent mortelles.

J'ai pratiqué six fois cette opération et j'ai sauvé quatre malades. Dans deux cas, j'ai rencontré les intestins gangrenés et la mort a dû nécessairement s'ensuivre.

Dans les deux premiers cas, j'ai opéré d'après les préceptes de l'art

et les procédés habituels. J'ai été frappé de la difficulté et de la longueur de l'opération. Pour découvrir les intestins sans les atteindre, pour pénétrer dans le sac, j'ai dû agir avec une lenteur et une précaution fatigantes pour l'opéré et pour l'opérateur. Je me suis alors demandé si le procédé admis ne pouvait être simplifié, et, après avoir mûrement réfléchi, je me suis promis d'essayer des modes opératoires moins lents, moins difficiles.

Je n'ai pas tardé à rencontrer des cas qui m'ont mis à même d'expérimenter avec succès ce que le raisonnement m'avait fait admettre.

Je fus appelé pour donner des soins à un nommé Verdelet, de Replonges (Ain), vieillard âgé de 64 ans qui présentait une hernie inguinale droite monstrueuse, qu'il portait depuis plus de vingt ans. Cette hernie, qu'il faisait rentrer assez facilement, était devenue douloureuse et depuis trois jours n'avait pu être réduite. Les vomissements se succédant et commençant à prendre l'odeur stercorale, annonçaient un étranglement dangereux. Ayant à diverses reprises essayé vainement le taxis, je proposai l'opération, qui fut acceptée et que je pratiquai de la manière suivante :

Le malade étant très-maigre et la hernie tombant dans les bourses, je sentais avec le doigt le lieu de l'étranglement. Abaissant la hernie de la main gauche, je pratiquai, sur l'anneau lui-même, une incision de trois centimètres au plus et je débridai de dehors en dedans. J'entendais craquer sous mon bistouri le ligament inguinal, à mesure que je le sectionnais. Lorsque je présumai l'avoir assez entamé, je pressai sur la hernie, qui rentra tout à coup en achevant de déchirer ce qui restait d'intact de l'anneau.

D'après ce procédé, je ne mis à jour ni le sac, ni les intestins, que je ne présumais pas altérés. En effet, étant allé, le quatrième jour, visiter mon malade, je le trouvai dans sa cour occupé à fendre du bois, m'annonçant que la *petite écorchure* que je lui avais faite était à peine sensible et presque entièrement cicatrisée.

Un ans après, je fus appelé par un confrère qui connaissait le procédé que j'avais employé avec tant de succès, pour l'appliquer dans un cas de hernie inguinale étranglée que présentait M. le maire de la commune de Feillens (Ain). L'étranglement datait de quatre jours, de nombreuses tentatives avaient été faites pour opérer la réduction, les vomissements stercoraux se répétaient. L'opération était urgente. Je voulus procéder comme dans le cas de Verdelet, mais après avoir sectionné la peau je vis le tissu cellulaire sous-cutané bleuâtre. Je soupçonnai une grangrè-

ne, et en effet, ayant plongé mon incision à sa partie inférieure et ayant ouvert le sac, nous trouvâmes plusieurs centimètres d'intestins entièrement sphacélés. Je les enlevai et j'établis un anus artificiel. Le malade, âgé de 89 ans, vécut encore quelques mois et succomba à une fièvre hectique provenant de digestions incomplètes.

Le 10 mars dernier, je suis appelé dans la commune de Replonges, près Mâcon, pour visiter une nommée Charton, âgée de 54 ans, herniée depuis dix ans et n'ayant jamais porté de bandage. A la suite de quelques violents efforts pour accrocher une marmite à la crémaillère, elle ressentit une vive douleur dans l'intérieur de sa hernie, et y portant la main, elle aperçut qu'elle avait doublé de volume. Les douleurs augmentant et les vomissements s'étant montrés, on fit appeler un docteur de Bagé-le-Chatel, qui passa plusieurs heures à opérer le taxis sans le moindre succès. La gravité des symptômes augmentant, les douleurs devenant intolérables et les vomissements prenant le caractère stercoral, je fus appelé. Je fis de vains efforts pour réduire cette hernie étranglée et je proposai l'opération, qui fut acceptée avec empressement.

Je revins à Mâcon faire mes préparatifs et prier le docteur Carteron de vouloir bien m'assister, ayant besoin d'un aide intelligent pour mettre en pratique le nouveau procédé que je voulais essayer.

La hernie étant inguinale et la tumeur recouvrant entièrement l'anneau crural, je dus renoncer au mode de débridement de dehors en dedans, que j'avais employé sur le sieur Verdelet. Je me décidai à ouvrir le sac, mais, au lieu d'arriver à cette ouverture après mille tâtonnements, je résolus de l'opérer dans ma première section.

Nous pinçâmes, avec mon confrère, assez profondément la peau qui recouvrait la hernie pour embrasser dans les plis une partie du sac. Les doigts repoussant les intestins, je sectionnai sans hésitation les plis, et le sac fut en effet ouvert dans ce premier temps de l'opération.

Ayant fait abaisser les intestins, qui tendaient à s'échapper par l'ouverture, je glissai une sonde canelée jusque sous l'anneau, je débridai par une seconde section, et la hernie fut aussitôt réduite.

Voilà donc deux procédés nouveaux que je soumets à l'appréciation de mes honorables confrères.

Le premier, applicable aux hernies inguinales, consiste à débrider de dehors en dedans sans ouvrir le sac. Ce procédé est rationnel et doit être employé lorsqu'on est appelé à temps et qu'on n'a pas à redouter la gangrène des intestins.

Le second procédé, qui peut s'appliquer à toutes les espèces de hernies, consiste à ouvrir immédiatement le sac en pinçant profondément la peau de manière à embrasser une partie de ce sac. Il ne reste plus qu'à introduire une sonde canelée sous l'anneau à débrider.

Par ce procédé, l'opération de la hernie étranglée devient aussi simple que facile et peut être pratiquée par les praticiens les moins expérimentés. *(Gazette médicale de Lyon.)*

Ulcères variqueux. — La première condition du traitement consiste dans le repos absolu pendant les premiers jours :

1° Enlèvement immédiat de tout moyen de compression ;

2° Pansements faits avec le glycérolé d'amidon à l'extrait de saturne, étendu sur des plumasseaux renouvelés matin et soir.

Si la plaie présente un aspect blafard, à chaque changement d'appareil quelques lavages sont faits avec du vin généreux. Dès que la plaie est cicatrisée et que le malade peut se lever et marcher un peu, le bas élastique de toile ou de peau est remplacé par un bas formé d'un tampon d'ouate maintenu par un bandage légèrement serré. Ce système de compression est le plus efficace et le moins dur qui puisse être employé. A ce moment, il faut commencer les lavages répétés sur tout le membre variqueux avec de l'eau fraîche aiguisée de perchlorure de fer.

Si l'état de la cicatrice le permet, il convient même de recouvrir les varices d'une compresse imbibée de cette eau, à la dose d'une cuillerée à bouche de perchlorure liquide pour un verre d'eau.

Au bout de peu de jours, la peau reprend sa consistance et sa solidité, et les varices elles-mêmes ne tardent pas à diminuer de volume.

Pendant toute la durée de ce traitement local, le malade prendra deux cuillerées à bouche, par jour, du sirop suivant :

Sirop des cinq racines, de gentiane ou quassia,	500 gr.
Protoïodure de potassium,	ãã 10
Teinture de semences de colchique mâle,	

(Bulletin médical du Dauphiné.)

CHRONIQUE.

Bordeaux, comme Marseille, Montpellier et Toulouse, a été favorisé de la visite du Ministre de l'Instruction publique.

M. Duruy a visité particulièrement le Lycée de cette ville, et il lui aura été facile de voir combien cet établissement était au-dessous de ce qu'on doit en attendre, et combien il était urgent d'aviser à son remplacement.

L'École de Médecine de Bordeaux, qui a été admise à lui présenter ses hommages, a appris de Son Exc. que sa sollicitude avait été éveillée sur une question importante : *l'exercice et l'enseignement de la médecine et de la pharmacie.*

Sous les auspices du Ministre, plein d'initiative, une Commission est convoquée pour le 25 de ce mois à Paris, afin de s'occuper d'un projet à soumettre au Conseil d'État pour régler l'exercice de la médecine et de la pharmacie, et la réorganisation de la médecine et de la pharmacie.

Nous avons appris en même temps que notre honorable collègue et ami, M. le docteur Gintrac, Directeur de l'École de Médecine de Bordeaux, avait été appelé, par Son Exc. le Ministre de l'Instruction publique, à faire partie de la Commission chargée du projet qui nous intéresse si vivement.

Aurons-nous enfin sur ces sujets quelque chose de définitif?

— *Association générale des Médecins de France.* — La Société centrale a procédé aux admissions suivantes :

MM. Dumas-Aubergier, Guyon, Laveran, Lotta, Mounier.

— La Société de Médecine de Lyon met au Concours les questions suivantes :

1° *De la transmission des maladies de la mère au fœtus, et réciproquement.* (Prix de 300 fr.)

2° *Influence sur la santé publique de la fabrication de l'aniline et des produits qui en dérivent.* (Prix de 300 fr.)

Les Mémoires doivent être adressés avant le 14 août 1865, et dans les formes académiques, au Secrétaire général de la Société.

— Nous avons reçu le premier demi-volume du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques,* publié par le libraire *J.-B. Baillière et fils,* sous la direction de M. le Dr Jaccoud. Nous

n'avons pu encore que le parcourir; nous y avons remarqué les articles suivants :

Introduction, par M. Jaccoud; — *Abcès*, par M. Laugier; — *Abdomen*, par MM. Denucé et Bernutz; — *Absorption*, par M. Bert; — *Acclimatement*, par M. Jules Rochard (de Lorient); — *Accommodation*, par M. Liebreich; — *Accouchement*, par MM. Stoltz et Lorain; — *Acné*, par M. Hardy; — *Adhérence*, par M. Alfred Fournier; — *Ages*, par M. Lorain.

Les soins apportés à la partie iconographique nous ont frappé, et les noms des auteurs nous donnent l'assurance que le mérite du fonds répond à la forme.

Nous reparlerons prochainement de cette importante publication.

Hospices civils de Bordeaux.

Concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices.

Une place de chirurgien adjoint des Hôpitaux et Hospices est mise au concours. Les épreuves commenceront le lundi 5 décembre 1864.

Conformément aux dispositions du règlement du 23 avril 1863, les concurrents déposeront au secrétariat des Hospices (*cours d'Albret*, 91), avant le 20 novembre :

1° Les pièces prouvant qu'ils ont au moins 25 ans accomplis et qu'ils sont Français ou naturalisés Français, et un certificat de bonnes vie et mœurs;

2° Leur diplôme constatant qu'ils sont, depuis au moins trois ans, Docteurs en Médecine ou en Chirurgie de l'une des Facultés Françaises et une note des titres Scientifiques qu'ils peuvent faire valoir. La Commission pourra néanmoins, par délibération spéciale, admettre à concourir les anciens internes de l'Hôpital Saint-André, qui n'auraient pas encore complété trois années de doctorat;

3° L'engagement de se conformer au règlement du service de santé des hôpitaux et hospices civils de Bordeaux.

L'admission au concours est subordonnée à la décision de la Commission.

Le jury du concours se compose des neufs chefs de service de l'Hôpital Saint-André, auxquels seront adjoints six chirurgiens désignés par la Commission, savoir : quatre parmi les chirurgiens honoraires des hospices et deux parmi les autres chirurgiens de la ville.

Les épreuves se composent :

1° D'une dissertation orale sur un sujet d'anatomie chirurgicale et de pathologie externe; 2° d'une dissertation écrite sur un sujet de chirurgie; 3° d'une leçon clinique sur deux malades choisis dans les salles de chirurgie; 4° de deux opérations pratiquées sur le cadavre avec démonstration.

Les mêmes sujets seront traités par tous les concurrents. Il est accordé six heures pour la composition écrite, une heure pour la dissertation orale, précédée d'une demi-heure de réflexion, une heure pour l'épreuve clinique et une heure pour les deux opérations chirurgicales.

Après chaque épreuve, le jury votera au scrutin secret, en assignant aux compétiteurs le rang qu'ils lui paraîtront avoir mérité. Ce rang est déterminé par un nombre relatif de points dont le maximum aura été préalablement fixé par le jury.

Les candidats aux emplois de chirurgien adjoint des Hôpitaux et Hospices ne peuvent être nommés à ces emplois s'ils n'ont obtenu la moitié, au moins, du nombre des points que le maximum fixé permettait d'atteindre.

Les chirurgiens adjoints remplacent, en cas d'absence, les chirurgiens titulaires aux services desquels ils ont été attachés en vertu d'une décision de la Commission Administrative, et font, aux époques qui leur sont assignées, le service mensuel des admissions et des consultations à l'Hôpital Saint-André.

Les fonctions d'adjoint sont gratuites, sauf le cas de remplacement du titulaire pendant un ou plusieurs mois, et le service des admissions conformément aux articles 16 et 29 du règlement précité.

Les chirurgiens titulaires des Hôpitaux et Hospices sont nommés par la Commission Administrative, à la majorité absolue des suffrages, parmi les chirurgiens adjoints.

Le chirurgien titulaire des hospices des Enfants, des Incurables et de Sainte-Croix est attache pendant cinq ans à ces établissements.

Le chirurgien titulaire de l'hôpital Saiut-André est attaché pendant cinq ans à cet hôpital. Il est nommé par la Commission Administrative, entre le chirurgien titulaire des hospices des Enfants, des Incurables et de Sainte-Croix et le Chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André.

La durée des fonctions de chirurgien adjoint est limitée à dix ans.

Bordeaux, le 4 Juin 1864.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(de Juin 1864).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE.			BAROMÈTRE.		DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS
	Matin.	Midi.	Soir.	Matin.	Soir.			
				millimètr	millimètr.			
1	16	26,3	20	756,1	755,6	S.-O.	Pluie.	Pl. d'or. par fortes avers.
2	17	24	18	755,6	761,5	S.-O.	Couv.	
3	17	23,5	16	760,9	758,2	S.-O.	Couv.	Fort orage, pluie abond.
4	15	21,5	17	759,4	760,7	S.-O.	Couv.	T. orag. et lourd, pl. d'or.
5	17	26	18	761,3	762,3	S.-O.	Beau.	*Id.* Il a plu la nuit.
6	16	20	17	763,5	759,7	S.-O.	Pluie.	Très forte pluie et orage.
7	16	19	17	758,7	761,3	N.-O.	Couv.	Il a plu la nuit.
8	17	23	16	763,3	763,3	N.-O.	Couv.	Nuages, forte pl. le soir.
9	15	19,5	14	761,3	763,3	Ouest.	Pluie.	Forte pluie.
10	12	19,5	13,5	765	764,3	Ouest	Couv.	Min de la n. 9°, peu de pl.
11	14	21	13,5	762,3	760,7	S.-O.	Couv.	Il a plu la nuit.
12	13	20	15	760,2	757,7	S.-O.	Pluie.	
13	14	21	14,5	756,1	754,1	S.-O.	Couv.	
14	13	22	15	756,1	756,6	Ouest.	Pluie.	
15	13	22	15	758,2	762,3	Ouest.	Couv.	Un peu de pluie.
16	15	23	16	764	764,3	Ouest.	Couv.	
17	16	25,5	17	770	770,5	Ouest.	Couv.	
18	16	24,4	18	770,5	771	Ouest.	Couv.	Ciel très nuageux.
19	17	25	18,5	771,5	770	Ouest.	Beau	*Idem.*
20	15	28	18	769,5	764,3	Nord.	Beau.	Très belle journée.
21	20	27,5	16,5	767,9	767,4	N.-O.	Beau.	*Idem.*
22	18	25,5	16,5	768,4	768,4	Ouest.	Beau.	*Idem.*
23	20	26	19	768,4	770,5	N.-E.	Beau.	*Idem.*
24	16,5	25,5	19	770,5	771	N.-E.	Beau	Qques gros nuages le mat
25	14,5	24,4	16	770,5	770,2	Nord.	Beau.	
26	15	23,7	17	767,4	765,8	Ouest.	Couv.	Menace de pluie.
27	16	23	18	765,9	765,9	Ouest.	Beau.	
28	16	23	17	768,4	769,5	Nord.	Beau.	Quelques nuages le matin.
29	15	27	18	768,8	768,4	S.-O.	Couv.	Très nuageux.
30	18	26	17	766,9	765,4	S.-O.	Couv	Menace de pluie.

Résumé des Observations météorologiques de Juin 1864

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	20° le 23.	28° le 20.	20° le 1er.
Moindre..............	12° le 10.	19° le 7.	13°5 les 10 et 11.
Moyen	16° les 1er, 6, 7, 18, 27 et 28.	23°5 le 3.	16°5 les 21 et 22.

Chaleur du milieu du jour : 19 jours de 19° à 24°5. — 11 jours de 25° à 28°.

BAROMÈTRE.

Maximum.................	771,5 mill. le 19.
Minimum............... ...	754,1 mill. le 13.
Medium.....	762,3 mill. les 5, 11 et 15.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Nombreuses et graduelles, sauf celle du 17.

DIRECTION DES VENTS...... Le vent a soufflé du

nord........	3	fois.
nord-ouest..	3	»
ouest.........	11	»
sud-ouest....	11	»
sud.......		»
sud-est......		»
est...........		»
nord-est.....	2	»

VENTS DOMINANTS : sud-ouest et ouest.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux .... 10.
couverts.... .... 15.
pluie .... 5.
orage............. 2.

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le mois de juin s'est ressenti de la beauté du mois de mai. Les vents dominants des sud-ouest et de l'ouest ont amené fréquemment la pluie et un abaissement de température assez sensible le matin et le soir. La colonne barométrique, en se tenant à une hauteur assez élevée, n'a donné lieu qu'à des variations nombreuses et graduelles. Une seule, le 17, de 6 millimètres, doit être signalée.

Bordeaux. Imp GOUNOUILHOU, ancien hôtel de l'Archevêché (entrée rue Guiraude, 11).

TRAVAUX ORIGINAUX.

ACCIDENTS SYPHILITIQUES PULMONAIRES;

guérison par l'iodure de potassium;

par le Dr AYNARD, aide-chirurgien à l'hôpital Saint-Jean.

Contre les accidents tertiaires de la syphilis, l'iodure de potassium jouit de la même réputation que le mercure contre les accidents de la seconde période. Il est juste de dire que ni l'un ni l'autre n'ont usurpé leur réputation. Mais, selon moi, c'est au premier qu'on devra toujours les plus beaux triomphes.

Heureux le praticien qui aura à traiter certaines manifestations syphilitiques tertiaires! Malgré ma jeunesse dans la carrière, je dois à l'iodure de potassium plusieurs succès dont je bénis le hasard de m'avoir fourni l'occasion. Dans un cas, le résultat obtenu était si inespéré, il a été si promptement et si complètement réalisé, qu'il m'a paru qu'on trouverait dignes d'intérêt les détails de cette observation.

M. ..., âgé aujourd'hui de vingt-sept ans, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois d'octobre de l'année 1861. Son père et sa mère vivent encore et se portent parfaitement bien. Il a un frère plus jeune que lui qui est d'une robuste constitution.

Au mois d'octobre de l'année 1861, M. ... fut atteint à la verge d'un chancre qui fut lent à guérir, et s'accompagna, à l'aine gauche, d'un bubon longtemps indolent, mais qui finit par s'ulcérer, et ouvrit la scène à de graves accidents. En effet, les nombreuses cicatrices qui du pli inguinal s'irradient à 2 centimètres du côté de l'abdomen et à 4 1/2 vers

la cuisse, accusent encore les désordres dont la région fut le siége.

Le malade fut sans doute la victime de son indocilité et de son inconstance. Traité pendant les deux premiers mois par le médecin de la famille, qui fit prendre deux pilules par jour; guéri de son chancre, mais inquiet sur la plaie inguinale, qui n'était cependant pas encore très étendue, il s'adressa à un spécialiste de la quatrième page.

Le mal empira : la suppuration devint de plus en plus abondante, et produisit d'affreux décollements. Pour comble de malheur, d'autres accidents ne tardèrent pas à éclater, et, favorisés par l'état d'anémie que les désordres de la région inguinale avaient déjà fait naître, ils se développèrent rapidement. On pourrait même dire, si le récit du malade est fidèle, que la vérole de M. ... sauta les manifestations secondaires, et arriva d'emblée à celles de la troisième période. En effet, environ un mois après le changement de médecin, c'est à dire trois mois après le début de l'ulcération primitive, il apparut aux membres, surtout aux inférieurs, plusieurs pustules, dont quelques-unes avaient la grosseur d'une pièce de 20 sous. Ces pustules s'ouvrirent et donnèrent issue à un liquide qui, en se concrétant, forma des croûtes noirâtres et adhérentes. Le cuir chevelu devint le siége de la même éruption, qui respecta les autres parties du corps.

Cette éruption dut atteindre profondément le derme, puisqu'elle a laissé des cicatrices indélébiles. Ce fut, par conséquent, un accident tertiaire; fait d'autant plus remarquable, que pas un symptôme appartenant aux phénomènes morbides de la deuxième période ne l'aurait précédé! La cavité buccale même, si prompte à dénoncer l'empoisonnement, serait restée intacte longtemps après. Le malade prétend se rappeler qu'au mois de septembre 1862 il n'avait encore jamais souffert de la gorge. Ce qui le rend certain de son souvenir,

c'est qu'à cette époque il consulta un troisième..., un guérisseur non titré, qui fleurit route de Toulouse, et que la main puissante de l'Association des Médecins n'a pu atteindre. Or, M. ... ne venait confier à ce nouvel Hippocrate que la cure de son bubon, qui suppurait toujours, et de ses croûtes, qui renaissaient sans cesse.

Le malheureux, de nature si peu constant, resta aux soins de celui-ci jusqu'au mois d'août de la même année, c'est à dire pendant six mois. Ce fut alors que la famille, mieux éclairée, eut recours à l'expérience d'un médecin très connu. M. ... était dans l'état le plus déplorable :

Vaste foyer de suppuration dans l'aine gauche, larges ulcérations au cuir chevelu et sur les membres, destruction de la luette, perte de substance aux amygdales, écoulement puriforme par l'oreille gauche, gonflement considérable du testicule droit, qui est le siége de douleurs lancinantes; débilité générale, toux fréquente, une première hémoptysie. — Traitement : deux pilules de Ricord, deux cuillerées d'huile de foie de morue, soins locaux multiples.

La plaie inguinale s'améliora peu à peu et finit par se fermer; l'affection des membres et de la tête persista plus longtemps, mais on en vint à bout. Malheureusement, les autres accidents, au lieu de subir la même influence, s'aggravèrent. Vers le mois de janvier 1863, la tumeur testiculaire s'ulcéra et donna issue à une vaste masse morbide, qui fut enlevée par l'écraseur linéaire. De là un foyer de suppuration aussi rebelle que l'avait été celui de l'aine. Les désordres de la poitrine devinrent tels que le médecin parla d'appliquer deux cautères, l'un sous la clavicule droite, l'autre en arrière, vers l'angle inférieur de l'omoplate gauche.

Menacé en même temps d'une autre opération au testicule affecté, le malade, d'un caractère très pusillanime, préféra

changer encore de médecin. C'est alors que je fus appelé et que je pus constater l'état suivant :

13 octobre 1863. — Teinte ictérique, maigreur extrême, sueurs nocturnes abondantes, diarrhée, toux continuelle, hémoptysie. A la percussion, sous la clavicule droite, résonnance remarquable, rappelant un peu celle que donne un vase vide que l'on frappe; matité très prononcée de toute la partie postérieure et supérieure du poumon gauche. Là, à l'auscultation, la respiration est nettement caverneuse; ici on trouve de gros râles muqueux.

Le testicule droit a été détruit; à sa place on aperçoit une ulcération profonde, capable de recevoir un œuf de poule. Cette plaie, d'un gris sale, à bords taillés à pic et irréguliers, est d'une forme oblongue dans le sens vertical; vers son extrémité supérieure on remarque un petit noyau induré de la grosseur d'une noisette. C'est là que le médecin qui m'avait précédé voulait porter l'instrument tranchant.

A la face interne de la joue droite, sur le bord correspondant de la langue, érosions légères. Absence complète de la luette. A gauche, plus d'amygdale ni de piliers. De ce côté, une affreuse excavation grisâtre, s'étendant à l'arrière-gorge jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. L'amygdale droite est aussi profondément atteinte. La déglutition est très douloureuse, et ne permet que l'usage du bouillon et des substances semi-fluides.

Tuméfaction douloureuse du nez, sécheresse des fosses nasales : depuis plus de deux mois le malade n'a pas usé du mouchoir.

Écoulement puriforme par l'oreille gauche, surdité complète de ce côté.

Plaques squameuses aux mains, inflammation de la matrice de plusieurs ongles.

Œdème commençant des pieds.

Traitement employé au moment de mon examen : cataplasmes et lotions d'eau chlorurée contre l'ulcération qui siége à la place du testicule enlevé; contre les accidents buccaux et pharyngiens, gargarismes adoucissants; injections hygiéniques dans l'oreille malade; à l'intérieur, huile de foie de morue à la dose de deux cuillerées.

Une telle médication donne la mesure des espérances du médecin. Pour mon prédécesseur, M. ..., était évidemment un phthisique condamné. A dire vrai, je n'étais pas beaucoup plus rassuré. Cependant, convaincu de l'origine syphilitique de l'affection pulmonaire de mon client, je n'entrepris pas sans quelque espoir de lui donner mes soins. Je savais, en effet, par une expérience de trois années puisée dans mes fonctions d'aide-chirurgien à l'hôpital Saint-Jean, je savais, dis-je, les miracles que peut opérer un spécifique bien choisi dans les accidents constitutionnels de la vérole.

Dès ma première visite, c'est à dire dès le 13 octobre 1863, j'instituai le traitement suivant :

Contre la plaie que logent les bourses du côté droit, lotions avec un décocté de quinquina; pansement avec une pommade au nitrate d'argent (4 gr. sur 30).

Contre les ulcérations de la bouche et du pharynx, cautérisation avec le crayon (répétée plusieurs jours de suite); gargarisme avec décoction de gruau, 200; miel, 20; iodure de potassium, 5.

A l'intérieur, une cuillerée de ce sirop : sirop de Cuisinier, 485 gr.; iodure de potassium, 15 gr.

Régime. — Potages au tapioca; deux cuillerées de viande crue finement hachée; vin vieux.

14 et 15. — *Ut supra.*

16. — Deux cuillerées de sirop; le reste, *ut supra.*

17, 18, 19. — *Ut supra.*

20. — Les plaies se défergent, le noyau induré se ramol-

lit, des bourgeons charnus apparaissent. État général déjà meilleur. Trois cuillerées de sirop; même régime.

25. — Le malade, qui n'était pas sorti depuis six mois, peut se rendre dans mon cabinet. Il est tout joyeux : il a pu manger une côtelette. En effet, l'excavation qui gênait la déglutition se comble à vue d'œil. Aux bourses, plus de traces de noyau, travail de réparation d'une rapidité inespérée.

La toux diminue; il n'y a plus d'hémoptysie.

L'empâtement du nez a disparu; mais la sécheresse des fosses nasales continue.

Cérat saturné au lieu de la pommade au nitrate d'argent. Quatre cuillerées de sirop. Potages, côtelettes, vin vieux. Le malade refuse de continuer l'usage de la viande crue.

10 novembre. — Depuis cinq jours, la dose du sirop a été portée à six cuillerées.

La plaie des bourses est complètement cicatrisée; celle de la cavité buccale et de l'arrière-gorge n'offre plus que des bourgeons charnus à réprimer.

La sécrétion de la muqueuse nasale s'est rétablie.

L'écoulement puriforme de l'oreille a cessé; mais il reparaîtra plusieurs fois avant d'être définitivement tari.

La résonnance morbide de l'espace sous-claviculaire droit persiste, ainsi que la respiration caverneuse; mais à gauche, à la région affectée, la matité a fait place à une légère submatité, et les râles muqueux à une respiration presque normale.

A partir de ce jour, le malade fait usage de l'iodure de potassium à doses décroissantes; de sorte que vers la fin de novembre il n'en prend plus que deux cuillerées par jour. Quelques jours après, je le fis même entièrement suspendre, les faits m'ayant appris que ce médicament cesse d'agir au bout d'un certain temps, et que, pour être efficace, il demande à être laissé, puis repris. Telle est la méthode que

j'ai suivie pour assurer la guérison de M. .... En effet, depuis bientôt un an, je lui fais consommer tous les mois une vingtaine de grammes d'iodure de potassium, ce qui exige une quinzaine de jours; le reste du temps, il se repose.

Grâce à cette médication et à des soins hygiéniques, M. ... a reconquis une superbe santé. Est-il guéri de sa vérole? La réponse à cette question m'entraînerait aujourd'hui trop loin; mais j'espère pouvoir la donner dans une autre occasion, dans le courant d'un article que je me propose de faire sur les *cas de l'emploi des préparations hydrargyriques* et de l'*iodure de potassium*.

DES THROMBUS [1] DU CŒUR,

considérés comme cause de mort dans la diphtérite;

par M. J. FORSYTH MEIGS,

membre de la Société de Médecine de Philadelphie, médecin de l'hôpital de Pensylvanie.

Il y a près de quatre ans que mon attention a été portée sur certains cas de diphtérite, dans lesquels la mort est survenue par suite de la formation de caillots sanguins dans les cavités du cœur.

Le premier cas dans lequel je pus observer cet accident se présenta à ma pratique, au mois de novembre 1860, chez une petite fille de six à sept ans, ordinairement bien portante et née de parents vigoureux. La famille se composait de quatre enfants, tous vivants alors, et la jeune fille fut la seule

(1) Nous entendons par *thrombose* l'obstruction des canaux vasculaires par le fait d'un travail morbide développé sur le lieu même du point oblitéré, et par *thrombus* le caillot fibrineux que l'on trouve en pareil cas. La dénomination d'*embolie* s'applique aux obstructions vasculaires par tout corps détaché de la surface du cœur ou des vaisseaux eux-mêmes.

atteinte. La maladie fut intense; les fausses membranes s'étendaient sur les deux amygdales, la luette et une grande partie de la paroi postérieure du pharynx. Les ganglions circonvoisins participèrent à l'inflammation dans une large proportion; le gonflement et l'inflammation furent considérables, mais il n'y eut point d'œdème au menton. Les symptômes généraux furent très marqués, sans malignité pourtant; l'appétit était presque nul. Le traitement fut à la fois stimulant et fortifiant; on employa la décoction de poivre de Cayenne sur les amygdales et une embrocation stimulante à l'extérieur. Au bout du second septenaire, le mal paraissait avoir cédé, et le dix-neuvième jour les symptômes locaux avaient disparu. Les forces étaient revenues, au point que l'enfant pouvait se tenir de temps en temps assise sur son lit, et le matin de ce jour elle put rester assise dans un fauteuil pendant une heure. C'était la première fois qu'elle quittait le lit depuis l'invasion de la maladie.

Dans l'après-midi de ce jour, la malade se trouva moins bien. Elle était plus pâle que les jours précédents, et parut plus faible et plus languissante; elle fut, la nuit, plus agitée qu'elle ne l'avait été les nuits précédentes. Le jour suivant (c'était le vingtième), l'enfant continua à se montrer apathique; son visage pâle exprimait la fatigue et l'abattement; le pouls était faible, l'appétit presque nul, mais il n'y avait rien de particulier d'ailleurs. Vers le soir, je fus encore plus frappé de la faiblesse profonde et inexplicable de la malade. Cependant, la force musculaire n'était point perdue; car l'enfant pouvait, quoique n'en ayant nul désir, se remuer dans son lit, se tourner, se lever, se recoucher sans la moindre difficulté. Le pouls, quoique faible, était régulier, 90 à 100 pulsations; la respiration était faible; il n'y avait aucun bruit anormal, ni au cœur ni dans la poitrine,

Le jour suivant, c'était le vingt-unième, je fus pour la première fois sérieusement alarmé. La malade offrait un aspect singulier de profond ennui et d'extrême lassitude, sans aucune apparence de douleur ou de malaise quelconque. La circulation cependant s'affaiblissait visiblement. Le pouls ne dépassait pas 100 pulsations; son rhythme n'était pas modifié, mais les pulsations perdaient de leur énergie; elles tendaient à devenir irrégulières quant à leur force, c'est à dire qu'elles étaient plus petites et plus faibles qu'à l'état normal, et que quelques-unes était plus faibles encore que les autres. La chaleur était naturelle. La peau était plus blanche que d'habitude, mais il n'y avait nulle part de teinte cyanosée. Les mouvements musculaires exécutés dans le lit étaient naturels, rapides, et même quelquefois vivement exécutés. La malade pouvait garder toute espèce de position, n'avait qu'un seul oreiller, et ne paraîssait avoir aucun besoin de tenir sa tête élevée, elle ne donnait, en un mot, aucun signe de dyspnée. L'intelligence et les sens étaient intacts, et le caractère, sauf quelques petits moments d'irritation passagère, ne paraissait pas altéré. Il n'y avait point d'appétit, mais l'enfant put prendre quelques cuillerées de punch au lait et autres stimulants.

J'examinai avec soin les poumons; ils ne présentaient rien d'anormal. Le cœur, où je pensais alors trouver la cause du mal, supposant l'existence de quelque endocardite ou péricardite, ne présenta ni bruit de souffle ou de frottement, ni matité, ni déplacement de sa pointe; et comme d'ailleurs il n'y avait ni fièvre ni douleur, je dus écarter toute idée d'état inflammatoire de cet organe pour expliquer l'état de la circulation. Que restait-il donc pour l'expliquer? La formation lente et continue de caillots dans les cavités du cœur, présentant un obstacle mécanique à la circulation, et qui se manifestait par la perte graduelle et continue des forces de

l'enfant, et surtout par l'affaiblissement du pouls; la pâleur des téguments coïncidant avec l'absence de tout désordre sérieux du côté du cerveau, des poumons ou des organes digestifs. Quoiqu'il n'y eût, ai-je dit, ni bruit de souffle, ni bruit de frottement au cœur, il y avait cependant une certaine modification de ces bruits qu'il est difficile de préciser; ils étaient un peu confus, peu nets, et chacun d'eux semblait se dédoubler.

Depuis ce moment, la malade alla de mal en pis. Des potions stimulantes et du quinquina furent administrés, mais sans succès. Le pouls devint de plus en plus petit et faible, de plus en plus irrégulier quant à la force, sinon quant à son rhythme, jusqu'à ce qu'enfin il devint filiforme. La pâleur générale augmenta, sans teinte cyanotique. La face était légèrement colorée, mais naturelle. Il n'y eut ni dyspnée, ni douleur, ni altération de l'intelligence, ni toux, ni chaleur fébrile, et quelques instants avant de mourir, l'enfant parla d'une voix claire et distincte, se tourna facilement et vivement dans son lit. La mort arriva soudainement, comme dans toutes les affections du cœur, le soir du vingt-unième jour de la maladie.

Je regrette de n'avoir pas examiné l'état des urines, soit avant, soit après la mort. Mais à ce moment mon attention n'avait pas été attirée, comme elle l'est aujourd'hui, sur l'état des urines.

Nécropsie. — Les poumons et les organes digestifs ne présentaient rien d'anormal. Le cœur paraissait plus large qu'à l'état normal, ce qui était dû à la distension de l'oreillette droite par un caillot noir et gélatineux. Un gros caillot se trouvait aussi dans le ventricule droit. Celui-ci était ferme, de couleur jaunâtre, adhérant aux parois de la cavité, et, à en juger par son aspect, il avait dû se former lentement. Un caillot plus petit se trouvait dans le ventricule gauche.

Je n'ai recueilli que quelques notes sur le second cas que j'ai observé. La narration en sera donc brève et imparfaite. Le sujet de l'observation était une petite fille de sept ou huit ans, d'une bonne constitution. La famille à laquelle elle appartenait était nombreuse, et la diphtérite y fut épidémique. Elle se montra d'abord chez un enfant plus jeune, fut très grave, mais se termina heureusement; puis chez la petite fille qui fait le sujet de notre observation; ensuite chez un autre enfant, chez lequel la maladie se termina aussi par la mort, mais par suite de l'extension des fausses membranes au larynx et aux bronches; et, enfin, il y eut un cas moins grave chez un quatrième enfant plus âgé, qui guérit.

Ce fut le 2 janvier 1862 que la maladie se déclara chez notre malade. Elle fut, dès le début, très forte; la gorge présenta d'abondantes fausses membranes, et il y eut une tuméfaction considérable, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. La maladie suivit son cours habituel, et à la fin du troisième septenaire, les symptômes locaux s'amendèrent, et je pensai que la maladie allait se terminer d'une manière favorable; mais l'enfant, au lieu de se rétablir complètement, resta faible et languissante. La circulation s'affaiblit, la pâleur de la peau devint générale, le pouls devint petit sans être fréquent, et sa faiblesse augmenta de jour en jour; la débilité générale s'accrut graduellement, sans aucun trouble du cerveau, du système nerveux, ni des organes respiratoires ou digestifs. Dans ce cas, comme dans le précédent, je conclus, en procédant par exclusion, que l'anéantissement graduel de la force vitale chez ma malade avait pour cause la coagulation du sang dans les cavités du cœur.

L'enfant mourut le vingt-cinquième jour de la maladie, sans angoisse respiratoire, sans douleur d'aucune espèce, mais seulement avec les indices d'un obstacle lent et constamment progressif dans la respiration.

Le traitement fut le même que dans l'autre cas. La malade resta au lit; on administra un gargarisme au poivre; on fit une embrocation stimulante à la gorge. Dans les premiers jours, on administra de faibles doses de kermès et de poudre de sedlitz, et, plus tard, un peu de fer; du punch au lait et du petit-lait au vin pendant tout le cours de la maladie.

L'autopsie fut faite de concert avec M. Parkard. Les poumons et les organes digestifs étaient sains. Le péricarde n'offait rien d'anormal. Il y avait des caillots dans toutes les cavités du cœur. Ces caillots étaient volumineux, fermes, généralement noirs, mais avec des points jaunes-blanchâtres qui pénétraient leur substance. Leur consistance était si grande, que nous restâmes convaincus que leur formation datait de plusieurs jours. Le caillot qui remplissait toute la cavité du ventricule gauche présentait quelques particularités. Son extrémité inférieure, correspondant au sommet du ventricule, était déchirée, irrégulière, inégale, et comme éraillée et granuleuse, ce qui nous fit supposer que sa surface avait été comme battue et déchiquetée par l'action des contractions du ventricule. Nous nous demandâmes si nous n'avions pas devant les yeux un cas dans lequel la nature semblait avoir fait une tentative de guérison par un procédé qui consisterait en une désagrégation lente du caillot, sous l'influence de causes agissant sur lui, de façon à ramollir peu à peu, et pour ainsi dire molécule par molécule, certaines portions de sa surface, qui, détachées ensuite par les mouvements rotatoires des parois du ventricule et emportées dans le torrent circulatoire, y pourraient être définitivement résorbées à l'aide des merveilleux procédés d'absorption dont l'organisme dispose.

Des trois cas dont je m'occupe, celui-ci fut le seul où l'état du caillot put faire connaître la méthode à l'aide de

laquelle la nature peut s'efforcer d'enlever du cœur le dangereux obstacle qui s'oppose à la circulation.

Le troisième cas se rapporte à une petite fille de sept ans, de bonne constitution, d'une grande intelligence et d'une grande vivacité. Elle fut prise par des accidents qui me laissèrent pendant quelques jours dans l'incertitude de savoir si j'avais affaire à une véritable affection diphtéritique, ou simplement à une angine inflammatoire s'accompagnant de quelques fausses membranes, sans importance, disséminées sur quelques points de la gorge. Les symptômes généraux furent très légers au début; mais au huitième jour, l'extension des fausses membranes, la tuméfaction considérable et la douleur des ganglions cervicaux, la perte de l'appétit, la persistance du mouvement fébrile, et la faiblesse, modérée, il est vrai, mais toujours croissante de la malade, me prouva que j'avais affaire à une affection diphtéritique. L'appétit devint languissant, la déglutition douloureuse; le caractère irritable et acariâtre, au point qu'il était difficile de faire prendre quelque aliment. A la fin du troisième septenaire, la gorge était mieux; l'exsudation membraneuse, qui n'avait jamais dépassé les amygdales et le voile du palais, devint moins étendue, et le gonflement extérieur avait presque disparu. Le pouls était entre 90 et 100, avec quelques alternatives de chaleur à la peau; la force musculaire était conservée, car l'enfant pouvait se remuer librement dans son lit, se soulever, s'étendre et se tenir assise, pendant un certain temps, pour s'amuser avec ses jouets. L'appétit était misérable; mais à force de la presser, on finit par faire prendre à l'enfant une suffisante quantité d'aliments sous forme de punch au lait, de petit-lait au vin, de bouillon, de rôtie au lait, de viande légère, etc.

Au risque de fatiguer le lecteur, je ne puis m'empêcher de constater que dès-lors je fus inquiet sur l'état de ma

malade, quoique les symptômes locaux ne présentassent rien d'alarmant, et quoique l'état général, résultat de l'état de la circulation, de la respiration et des organes digestifs, ne fût nullement grave. Mais l'enfant était triste, son pouls était faible, sa peau très pâle, et elle paraissait particulièrement accablée. Prévenu par l'expérience des cas précédents, je commençai donc à redouter la formation de quelque caillot dans les cavités du cœur ou au moins à admettre une tendance à leur production.

Les urines n'offraient rien d'anormal; elles étaient rendues régulièrement, mais en quantité un peu moindre que d'habitude. Exposées à la chaleur, il s'y forma un léger dépôt albumineux.

Vers cette époque (le vingt-unième jour), la mère de l'enfant la laissa seule pendant quelques heures pour prendre quelque exercice en plein air. A son retour, elle fut saisie de l'aspect de l'enfant, qui était très pâle et très accablée. L'impression qu'elle éprouva fut si forte, qu'elle déclara qu'elle ne quitterait la chambre que lorsque son enfant serait tout à fait rétablie. En attendant, celle-ci se trouvait plus mal. Les symptômes qu'elle présentait étaient tout particuliers, et ne pouvaient se rapporter à aucun de ceux que j'avais pu observer dans ma pratique. L'intelligence et les sens étaient dans une intégrité parfaite. L'enfant n'avait rien perdu de sa vivacité d'esprit habituelle; elle était seulement plus irritable, plus impatiente, et son allure présentait quelque chose de bizarre; mais les sensations étaient intactes. La force musculaire diminua lentement. L'enfant conserva toujours toute liberté dans ses mouvements, et trois jours avant sa mort, elle put se lever sur son lit. Dans les derniers jours, cependant, elle se plaignit de faiblesse dans les jambes et de la difficulté qu'elle éprouvait à les mouvoir; il y avait sans doute un commencement de paralysie, mais tout à fait

partielle. Il n'y avait rien qui ressemblât à la paralysie du pharynx, et la voix, qui avait été d'abord un peu voilée, était redevenue claire. Les gonflements ganglionnaires avaient en partie disparu, et l'arrière-gorge était presque redevenue à l'état normal. La respiration était libre, naturelle; il n'y avait pas de toux, si ce n'est de temps en temps une toux facile du larynx, à la suite de laquelle la voix s'était de nouveau voilée.

Il n'y avait pas de dyspnée, et l'enfant pouvait rester la tête et les épaules basses; seulement la respiration était par moments suspirieuse. Ce dernier symptôme augmenta dans les deux derniers jours, et surtout dans les vingt dernières heures, de telle sorte que les soupirs profonds et plaintifs de l'enfant devinrent de plus en plus fréquents, ressemblant un peu à ceux qu'on observe dans la première période des méningites tuberculeuses, et indiquant à une oreille exercée qu'un organe important était sérieusement atteint.

La circulation devint de plus en plus faible chaque jour. La pâleur des téguments augmenta; ils devinrent comme terreux mais non cyanosés. Le regard était abattu, les traits étaient étirés, la physionomie anxieuse ou au moins fatiguée. L'expression générale présentait quelque chose de tout particulier, et ce n'était point celle qu'on a l'habitude d'observer chez les malades atteints d'embarras dans la circulation. Ce n'était point cet aspect livide, cet œil inquiet et fixe, ce regard qui semble implorer du secours, des individus en proie à l'asthme ou à l'orthopnée : c'était seulement l'air de malaise et de fatigue profonds de celui qui lutte sans espoir contre un ennemi mortel. Tel était, aussi bien que je puisse le décrire, le caractère de la face dans le cas présent, de même que dans les deux autres que j'avais observés. En l'absence de symptômes plus positifs et mieux définis, je considère comme très importantes à signaler les particularités de l'expression du visage dans des cas semblables.

Le pouls fut faible et petit pendant tout le cours de la dernière semaine, et le devint de plus en plus avec le temps; il n'était point très fréquent, et se maintint entre 90 et 100 pulsations. Il était irrégulier en force, légèrement intermittent dans les derniers moments, mais en général régulier quant au rhythme. Le dernier jour, il fut très petit, faible, filiforme et intermittent. Il n'y avait rien de particulier dans les bruits du cœur; il faut dire que l'enfant était si irritable lorsqu'on la dérangeait, qu'il fut impossible de l'examiner convenablement dans les derniers temps de sa maladie.

L'urine, en quantité modérée, légèrement foncée en couleur, limpide, donna par la chaleur un précipité notable, mais peu abondant, d'albumine.

Dans la dernière semaine, je manifestai ma crainte que le constant affaiblissement de la malade ne provînt de la formation, dans les cavités du cœur, d'un caillot sanguin dont le volume devait augmenter graduellement par l'addition successive de nouvelles couches à sa surface. Je visitai la malade, dans cette dernière semaine, en compagnie de l'un de mes plus habiles confrères, et, dans les deux derniers jours, avec un troisième. Je leur exprimai mes craintes, et tous deux trouvèrent le cas singulier et partagèrent avec moi l'embarras qu'il y avait à assigner, à cet affaiblissement constant de la circulation, sa véritable cause.

Quelques instants avant la mort, dans la soirée du vingt-huitième jour de la maladie, la faiblesse générale s'accentua de plus en plus, et l'enfant était obligée de demander assistance pour changer de position. L'intelligence et les sens étaient intacts; la respiration, sauf quelques arrêts et les soupirs dont j'ai parlé, paraissait n'être ni pénible ni difficile; la déglutition ne paraissait être gênée par rien autre chose que la faiblesse; le pouls devint tout à fait filiforme, et fut à peine perceptible dans la dernière demi-heure; les extré-

mités se refroidirent et devinrent bientôt glacées; l'enfant était assoupie et indifférente aux excitations venues du dehors; puis survint une longue interruption de la respiration, une légère convulsion générale qui se renouvela deux ou trois fois dans l'espace d'un quart d'heure, et la vie cessa sous l'influence d'un obstacle à la circulation, qui avait fini, au bout d'une semaine, par fermer complètement les voies circulatoires, de la même façon que les fausses membranes formées dans le larynx finissent par obstruer les voies respiratoires et arrêter complètement la respiration.

Le traitement suivi dans ce cas fut le suivant : l'enfant fut tenue, dès le début, soit au lit, soit sur un canapé; elle put s'y asseoir pour jouer; mais on ne lui permit pas de courir dans la chambre. Les premiers jours, on administra le chlorate de potasse à la dose de 5 grains (33 centigr.) toutes les deux heures; puis 1 grain (6 centigr. 1/2) de sulfate de quinine, dissous dans 5 gouttes de chlorure de fer, fut administré toutes les trois heures, pendant tout le cours de la maladie, sauf les derniers jours, où l'enfant refusa de le prendre. On le remplaça alors par une cuillerée d'élixir de cinchonine toutes les deux ou trois heures. Lorsque les urines étaient rares et chargées d'albumine, on alternait avec le quina un mélange composé d'acétate de potasse, d'esprit de genièvre et de nitre; mais l'estomac fut bientôt fatigué, et on donna alors seulement un peu d'esprit de nitre avec de l'eau.

Le régime fut nourrissant tout le temps de la maladie, et se composa de laitage, de potage, de viande légère. Dès les premiers jours, on ajouta de l'eau-de-vie au lait; et comme cela paraissait avantageux, la quantité en fut augmentée, ou bien on lui substitua le petit-lait au vin lorsqu'on put le faire accepter.

Le traitement local se composa d'abord d'un gargarisme

avec l'infusion de poivre, et d'une embrocation au cou de teinture de cantharides et d'esprit de térébenthine. Dans la dernière période, l'alun en poudre, mêlé au sucre, fut appliqué dans l'arrière-gorge.

Nécropsie. — Poumons sains, mais plus pâles et plus crépitants qu'à l'état normal, n'ayant rien perdu de leur élasticité, seulement un peu congestionnés à la base et en arrière.

Péricarde à l'état normal; cœur un peu plus volumineux qu'à l'état normal, oreillette droite beaucoup plus volumineuse (quatre ou cinq fois) que la gauche, noirâtre et très distendue. Pas de traces d'inflammation dans les cavités. Le côté droit du cœur présentait un caillot ferme, noirâtre, remplissant toute la cavité de l'oreillette et se prolongeant dans les deux veines caves. Ces prolongements étaient en général de couleur foncée, mais présentaient çà et là quelques taches oblongues, de couleur blanche jaunâtre. Ils étaient assez fermes pour conserver leur forme quand on les maniait, et pour ne se déchirer que sous l'influence d'une certaine traction. Le caillot de l'oreillette droite se continuait à travers la valvule tricuspide jusque dans le ventricule, bouchant probablement tout l'orifice auriculo-ventriculaire. Il occupait une grande portion de cette cavité, ou il adhérait intimement aux clapets de la valvule, à ses cordes tendineuses et aux colonnes charnues du cœur. Il y était d'une couleur plus claire que dans l'oreillette, blanchâtre ou blanc jaunâtre; sa consistance y était aussi beaucoup plus grande. Outre le gros caillot qui occupait une grande partie de la cavité du ventricule, on y trouvait de minces couches de matières fibrinoïdes le long de presque toutes les colonnes charnues, et directement en contact avec la membrane interne. Leur force d'adhérence était considérable, mais on pouvait les détacher. Elles me rappelaient, sauf leur couleur, qui était celle que le sang leur avait donnée, ces exsudations

que j'ai eu si souvent occasion de racler à la surface des bronches et du larynx. Un caillot volumineux, ferme, noirâtre et cylindrique, s'étendait dans l'artère pulmonaire jusqu'au-delà de sa bifurcation.

L'oreillette gauche était petite, contractée, et contenait un seul petit caillot noir. Le ventricule gauche avait sa capacité normale, et contenait un caillot noirâtre, assez ferme et légèrement adhérent, qui envoyait un petit prolongement dans l'aorte.

Réflexions. — Je n'ignore pas que ces trois observations ne sont pas parfaites. Mais celui qui, comme moi, se trouve livré aux incessantes occupations d'une grande clientèle, saura me pardonner. Malgré ces imperfections, j'ai cru qu'elles méritaient d'être signalées et publiées, car elles appellent l'attention des médecins sur une cause sinon directe, du moins toute particulière de mort dans les affections diphtéritiques, laquelle n'a été, que je sache, ni signalée ni décrite jusqu'à ce jour. Il est certain que l'existence de ces trois cas, qui se sont présentés à mon observation dans une période de quatre ans, prouve que de pareilles conditions ne sont pas très rares. Dans la même période, sur un grand nombre de cas de diphtérite, la plupart très bénins, je n'ai eu que trois autres cas de mort, et dans tous les trois, la mort a été le résultat de l'extension des fausses membranes au larynx. Dans aucun d'eux, je n'ai supposé qu'il y ait eu formation de caillots dans le cœur, et je n'ai point fait d'autopsie. Outre ces trois derniers cas, j'ai eu occasion d'en observer, en consultation, quatre autres, également mortels, et dans lesquels la mort est survenue à une période peu avancée de la maladie, sous l'influence de symptômes suraigus et malins.

Les trois observations citées plus haut offrent un intérêt tout particulier. Les symptômes du début ont pu être plus

ou moins alarmants; mais ils avaient en grande partie disparu, et les inquiétudes des parents et du médecin avaient dû, malgré la persistance de quelques symptômes locaux et généraux, se dissiper presque complètement, lorsque, tout à coup et presque par degrés, la maladie prenait un nouvel aspect, et le médecin expérimenté pouvait dès lors pressentir, sans y être amené par l'apparition d'aucun symptôme grave ou menaçant, qu'un nouveau danger approchait. Le temps d'arrêt qui se manifeste dans l'amélioration progressive qu'on avait jusqu'alors observée, la persistance des symptômes généraux, la faiblesse générale, l'altération du caractère des malades, tous symptômes qui augmentent en dépit de l'amélioration qui se manifeste dans les symptômes locaux; la pâleur de la face, la faiblesse du pouls, la lassitude profonde et inexplicable, peinte sur tous les traits du malade, font naître dans l'esprit une vague inquiétude qui a à peine le temps de s'y formuler pour éviter au médecin la mortification, et aux parents la douleur de voir survenir, sans l'avoir prévue et sans y avoir été préparés, une terminaison funeste et subite. J'ai souvent remarqué, dans les journaux étrangers et dans les nôtres, des récits de morts survenues subitement et d'une manière imprévue dans le cours d'une convalescence, et attribuées à une syncope produite par l'épuisement des malades, ou à des causes inconnues que l'on n'a pas cherché à découvrir. D'après l'ensemble des symptômes signalés dans quelques-uns de ces cas, je n'hésite pas à les considérer comme analogues à ceux que je viens de décrire.

Quant à la cause de la formation de ces caillots, je n'ai que quelques observations à faire. En 1849, mon père, le Dr Charles Meigs, appela l'attention des praticiens sur la formation de caillots sanguins chez les femmes en couches, sous l'influence d'un état syncopal produit chez celles qui avaient fait des pertes de sang, soit pendant, soit après le

travail. Il suppose que la perte d'une partie du sang augmente la coagulabilité de ce qui reste, et que l'état syncopal se développant chez les femmes qui ont eu des hémorrhagies, amène la formation de caillots dans le cœur, par suite de la lenteur et de la suspension partielle des mouvements de cet organe. Il rapporte un cas dans lequel le caillot parut s'être formé le jour qui suivit l'accouchement. La malade cependant résista jusqu'au dix-huitième ou dix-neuvième jour. On trouva, à l'autopsie, dans l'oreillette droite, un caillot blanc et fibrineux en remplissant presque toute la cavité, et s'étendant au travers de la valvule tricuspide jusque dans le ventricule. Le prolongement du caillot était découpé en lanières par l'action des cordes tendineuses du ventricule. On trouva une notable quantité de sérum épanché sous la membrane qui revêt la cavité droite. S'il est vrai, comme je suis porté à le croire, que l'état syncopal est, dans des cas pareils, la véritable cause de la formation de caillots dans le cœur, cette explication ne s'applique pas à ceux qui se produisent dans la diphtérite.

Je me permettrai de donner ici celle qui m'a été suggérée : c'est que le phénomène est dû à quelque cause particulière qui modifie la composition des fluides et des tissus, et qui, plus ou moins analogue à celle qui provoque le dépôt de pseudo-membranes sur les surfaces muqueuses, peut, dans quelques cas, amener la formation de caillots dans les cavités du cœur. Dans le *London lancet* (vol. II, 1863, n°s VI et VII), on trouve deux leçons de M. Lister sur la *coagulation du sang*. Cet auteur cherche à démontrer que les tissus privés de leurs propriétés vitales se comportent comme des corps inertes, et peuvent, par une espèce d'action catalytique, amener la coogulation du sang qui est en contact avec eux. Il dit : « Quand l'artère ou la veine est enflammée, la coagulation du sang s'y produit en dépit de l'action

» du courant circulatoire, absolument comme si le vaisseau » était privé de vie. » Si cette théorie vient à être confirmée par de nouvelles observations, il deviendra très important de s'assurer, dans le cas où on trouvera des caillots dans le cœur dans les affections diphtéritiques, si leur formation a été précédée ou accompagnée d'endocardite. Dans les observations citées plus haut, je n'ai constaté aucune trace d'endocardite.

Ces accidents peuvent-ils être prévenus? Ignorant complètement dans quelle variété de diphtérite ils peuvent se montrer, nous ne pouvons pas songer à leur opposer un traitement préventif. La seule prescription qu'on peut faire, c'est d'agir de façon à s'en débarrasser le plus rapidement et le plus complètement possible; ou, en d'autres termes, de faire usage, dans tous les cas graves ou bénins de diphtérite, et dès le début, de tous les remèdes et de toutes les précautions hygiéniques que l'expérience indique comme les plus propres à combattre cette dangereuse tendance du sang à se coaguler.

Le malade peut-il guérir lorsqu'un caillot s'est déjà formé dans le cœur? Je suis disposé à espérer que, dans quelques cas rares, et dans des conditions favorables, la nature peut suffire à tirer le malade de ce mauvais pas. Il n'est pas douteux que des malades guérissent après la formation d'un thrombus des vaisseaux, et je crois qu'on admet généralement qu'il y a des exemples de guérison à la suite d'embolies émanant du cœur, et poussées dans les gros vaisseaux, soit qu'elles y aient été charriées par l'intermédiaire du cœur, des grosses veines, où elles s'étaient formées, soit qu'elles se soient formées primitivement dans le cœur lui-même. M. Wirchow pense que les caillots ou thrombus formés dans les vaisseaux subissent un ramollissement qui procède du centre à la circonférence, et les transforme en matière puriforme (mais non purulente). Il ne parle point des caillots du cœur,

mais il admet qu'une pareille transformation peut se produire dans les caillots des artères. Il dit, au sujet des embolies transportées au travers des cavités droites du corps : « Je crois que lorsqu'un fragment considérable de thrombus » se trouve pressé à un certain point d'une artère, il peut se » désagréger sous l'influence de la pression de la colonne » sanguine qui est au-dessus, et qu'ainsi les petites particules » qui proviennent de cette désagrégation peuvent être trans- » portées dans les branches plus petites dans lesquelles la » branche principale se subdivise. Ce n'est que de cette » manière que je puis me rendre compte de ce fait, qu'on » trouve souvent un certain nombre de petits caillots dans » la région à laquelle une artère d'un volume considérable » se distribue. »

Dans un des cas que j'ai rapportés, la nature a évidemment fait un effort pour désorganiser et enlever du ventricule gauche le caillot qui s'y était formé. Il s'agit de savoir si cet effort peut être quelquefois couronné de succès. On ne peut guère l'affirmer, mais on peut être encouragé à le supposer, en constatant qu'il a commencé à se produire. En relisant la description donnée plus haut par Wirchow, des conditions dans lesquelles se trouvaient les fragments volumineux de caillots transportés dans les larges branches de l'artère pulmonaire, on ne peut s'empêcher de reconnaître l'analogie qu'elles offrent avec celles des caillots que j'ai observés moi-même. Je puis dire que mes observations ont été faites avant la publication de l'ouvrage de Wirchow dans notre pays, et que par conséquent je n'ai pu m'inspirer ni des faits rapportés par cet auteur, ni de ses opinions, pour décrire les particularités que j'ai signalées.

Les inflammations métastatiques et les suppurations sont-elles toujours, comme le pense M. Wirchow, la conséquence du transport de ces fragments de caillots désagrégés dans les

vaisseaux situés au delà des points où celui-ci s'est formé? C'est là une question que je ne crois pas complètement résolue. Je crois qu'on peut parfaitement mettre en doute la question de savoir si les fragments de caillots ainsi désagrégés et arrêtés en quelques points ne peuvent pas être absorbés, après avoir subi quelque modification préalable, analogue à cette dégénérescence graisseuse que subit quelquefois le pus en s'épaississant et que décrit M. Wirchow, sans qu'il soit nécessaire que ces modifications découlent invariablement d'une inflammation développée par métastase.

Il y a quelques années, je fus appelé en consultation dans un cas qui fut alors l'occasion d'un grand embarras pour moi. C'était chez un enfant de six ans, d'une force remarquable, d'une constitution vigoureuse, et dont tous les parents jouissaient de la plus robuste santé. Il avait cette dureté au mal, cette ténacité caractéristique de la vie, qui, dans les maladies graves, fait quelquefois assister les médecins à de véritables résurrections. Cet enfant avait eu une scarlatine très forte, et avait traversé sans accidents la période d'éruption. Il fut pris, dans la période de desquamation, d'albuminurie; et lorsque je l'observai, il rendait par jour une très petite quantité d'urine, très chargée d'albumine, et qui, examinée au microscope, contenait des globules sanguins, une grande quantité de tubes fibrineux et de fragments d'épithélium. Il avait un anasarque très-développé, était très épuisé, et fut très mal pendant plusieurs semaines. Il devint pâle et maigre, et, lorsque l'hydropisie disparut et que la quantité et la composition des urines s'améliora, il présenta les singuliers symptômes suivants : il était très faible, n'éprouvait nulle envie de sortir du lit; il n'y avait aucun désordre du côté du cerveau ou des organes respiratoires, et il put toujours prendre exactement les potions stimulantes et la nourriture qui lui furent administrées avec persévérance, et qui,

avec le fer, constituèrent tout le traitement. Le foie prit un énorme développement, de telle sorte qu'il s'étendait au-dessous du niveau de l'ombilic, et tout le long de la crête de l'os des îles. Il n'était point douloureux au toucher, et le malade n'y signalait aucune douleur. A ce moment, les bruits du cœur offrirent ces caractères singuliers que j'ai signalés dans le premier des cas rapportés plus haut; ils étaient peu nets, et en même temps ils semblaient dédoublés. Les battements étaient distincts pourtant, mais très faibles. L'enfant resta dans cet état, épuisé, amaigri, abattu, pendant plusieurs semaines, puis une amélioration survint, et il se rétablit complètement après avoir été aux portes du tombeau. Depuis que j'ai observé les cas que j'ai fait connaître, j'ai souvent pensé qu'il était probable que cet enfant avait eu un caillot dans le cœur, et qu'il avait survécu. Sa constitution avait quelque chose d'exceptionnel, et je ne vois pas pourquoi il serait plus extraordinaire de guérir d'un thrombus du cœur, que d'une blessure du crâne avec perte de substance cérébrale, comme cela s'est vu dans quelques cas que je pourrais citer, et dans celui qui est signalé par Ambroise Paré, et dans lequel le duc d'Aumale guérit d'un coup de lance qui avait traversé le cerveau d'arrière en avant.

(Traduit de l'*American Journal of medical sciences*, n° XCIV, avril 1864, par le Dr A. Plumeau.)

OBSERVATIONS DE NÉCROSES ANCIENNES,

traitées sans résultat par l'huile de foie de morue et les préparations iodurées, suivies d'une prompte guérison après ablation du séquestre ;

par le Dr FERRAND, de Mer (Loir-et-Cher).

L'usage veut aujourd'hui que les spécifiques dits *reconstituants, anti-scrofuleux,* soient prescrits largement à tout

malade atteint d'une maladie des os; le mal, disent la plupart des médecins, s'étant développé sous l'influence d'un état général mauvais, il faut avant tout modifier le tempérament du sujet.

Partant de ce principe, le médecin soumet les malades, pendant des mois, souvent même pendant des années entières, à l'usage exclusif de l'huile de foie de morue et des composés iodés. — Sans vouloir jeter du discrédit sur des médicaments qui parfois rendent à la médecine des services réels, je crois pouvoir dire qu'on a exagéré leur valeur, et que la grande faveur dont ils jouissent, inspirant aux praticiens une sécurité trompeuse, tend à prolonger indéfiniment le traitement des malades au lieu de hâter la guérison.

Combien de médecins, pleins de confiance dans les vertus merveilleuses de ces médicaments, se contentent de les prescrire, à l'exclusion de tout autre traitement!

Combien de jeunes malades, épuisés par une suppuration sans fin, ont succombé peut-être victimes de cette confiance aveugle et absolue!

Ne craignons pas de le dire, si, dans les affections chroniques du système osseux, il est des cas où l'iode et ses composés, ainsi que l'huile de foie de morue, doivent constituer la base de la médication, il en est d'autres où le traitement local passe avant tout, et alors les préparations iodurées ne doivent plus être considérées que comme des adjuvants utiles, mais non indispensables, pour obtenir une guérison complète. A l'appui de mon opinion, je citerai les deux Observations suivantes :

Le 8 février 1861, j'ai été appelé pour visiter le nommé Fournier (Albert), âgé de dix-huit ans, habitant le hameau de Lorges, canton de Marchenoir (Loir-et-Cher). Ce jeune homme est grand, pâle, lymphatique; il s'est mal nourri pendant plusieurs années.

Depuis dix ans, il porte sur la face dorsale du pied gauche, qui est gonflé, une petite plaie violacée, située entre le premier et le deuxième métatarsien. L'orifice de cette plaie est très étroit; c'est à peine si l'on peut y faire pénétrer un stylet; il en sort continuellement un pus séreux, roussâtre et fétide. La sonde cannelée introduite, se dirige de haut en bas, d'avant en arrière, vers la tête du premier métatarsien, à une profondeur de 3 centimètres; elle donne à son extrémité la sensation d'un corps dur, d'un os rugueux et dénudé. A diverses reprises, plusieurs parcelles osseuses sont sorties de cette plaie.

Ce malade a pris une quantité considérable d'huile de foie de morue; il a usé de toutes les préparations iodurées, et depuis dix ans, non seulement le mal ne s'est pas amendé, mais la constitution s'est épuisée. Aujourd'hui, le sujet est faible; il a des sueurs nocturnes, son pouls est petit; fièvre le soir, 100 à 110 pulsations; inappétence complète.

Dans cet état de choses, l'impuissance du traitement général étant démontrée, il n'y avait plus qu'une indication à remplir : essayer d'extraire du pied la portion d'os nécrosée. — Redoutant pour ce malade déjà épuisé une opération sanglante, j'entrepris de dilater le trajet fistuleux qui me séparait du séquestre avec l'éponge préparée; je disposai cette éponge moi-même, et quoiqu'elle fût très mince, très serrée et terminée en pointe, j'eus beaucoup de peine à l'introduire la première fois; le lendemain, j'en plaçai une plus grosse; j'arrivai ainsi, en quelques jours, à dilater la plaie, de telle sorte qu'il me fût possible d'atteindre et de saisir le séquestre avec une petite pince à pansement; je l'arrachai, non sans peine; il était de la grosseur d'un haricot, de forme inégale, dur et couvert d'aspérités.

Pour tout traitement, je prescrivis un verre de vin de quinquina par jour, à prendre en deux fois, un régime

tonique, fortifiant; je fis, matin et soir, des injections dans la fistule avec du vin aromatique, et je pansai la plaie avec de la charpie imbibée du même liquide. Bientôt la suppuration changea d'aspect, le trajet fistuleux se combla, l'appétit revint, le pouls prit de la force, et au bout de quelques semaines la guérison était complète.

Le 10 mai 1861, j'ai été consulté par le sieur Louis Venot, cultivateur, âgé de vingt ans, habitant le hameau de Concriers, canton de Marchenoir. Ce jeune homme est grand et fort, mais il est pâle et amaigri. Son père est mort phthisique à l'âge de quarante ans. L'année dernière, une de ses sœurs, âgée de vingt-deux ans, est morte de la même maladie.

Il raconte qu'au mois de février 1859, à la suite d'une entorse, il a été pris d'un mal considérable de la jambe droite, avec tuméfaction du membre depuis le genou jusqu'au pied; fièvre violente; douleurs lancinantes très aiguës, suivies d'abcès multiples, qui se sont ouverts et ont donné lieu à une suppuration abondante.

Depuis vingt-huit mois, il n'a pas cessé de prendre chaque jour quatre cuillerées d'huile de foie de morue et trois cuillerées de sirop d'iodure de fer. Comme traitement local, on a employé au début des cataplasmes émollients; plus tard, on a fait dans les trajets fistuleux des injections avec la teinture d'iode. Des onguents de diverses sortes ont été appliqués sur les plaies.

Aujourd'hui, 10 mai 1861, le tiers inférieur de la jambe est dur, violacé et très tuméfié; la peau est criblée de trous qui donnent une suppuration sanieuse et infecte. Sur quelques points, on voit des cicatrices adhérentes, enfoncées, indiquant la place d'anciennes fistules obstruées. Plusieurs petits os sont déjà sortis de la jambe.

En introduisant un stylet, je sentis, à 4 centimètres de profondeur, une portion d'os nécrosée; elle semblait être volumineuse, mobile. En vain j'essayai à diverses reprises de la saisir; les parois des fistules étant dures et inextensibles, il me fut impossible d'écarter les branches de la pince; je jugeai alors que les trajets fistuleux traversaient un os de nouvelle formation, et que j'avais affaire à un séquestre invaginé. Considérant que cet os nécrosé ainsi enchatonné ne pouvait sortir seul, et qu'il entretenait la suppuration abondante qui minait le malade, je résolus de procéder immédiatement à son extraction. Après avoir réuni deux orifices fistuleux par une incision, je fis sauter avec la pince de Liston l'arcade qui séparait les deux trous osseux correspondants; j'obtins ainsi une ouverture suffisante pour donner passage au séquestre. Cet os avait 3 centimètres de long sur 2 de large; il était plat, rugueux d'un côté, lisse de l'autre; son pourtour était inégal, couvert d'aspérités et comme déchiqueté.

La plaie fut lavée avec du vin tiède et sucré; j'introduisis une grosse mèche pour favoriser l'écoulement du pus. A dater du jour où le malade subit cette opération, toute espèce de médication fut suspendue; je me contentai de prescrire un bon régime, et comme traitement local, injections avec vin aromatique, onguent digestif sur les plaies. Bientôt la suppuration changea d'aspect, l'appétit revint, l'état général s'améliora. Au bout de quelques mois, Venot marchait librement et pouvait travailler.

NOTE SUR LA SUTURE DU NERF MÉDIAN [1]

par M. LAUGIER.

L'attention bienveillante que l'Académie des Sciences a bien voulu prêter à la lecture que j'ai eu l'honneur de lui faire sur la suture du nerf médian, et l'assentiment flatteur que j'ai reçu de la part de deux de ses membres les plus éminents, me font une loi de lui faire connaître les suites de cette opération.

L'expérience physiologique dont j'ai donné les résultats immédiats est entrée, si je puis le dire, dans une nouvelle phase un peu moins favorable que la première, mais non moins féconde en faits nouveaux et même inattendus.

Le fil qui réunissait les deux bouts du nerf coupé s'est détaché dans la soirée du samedi 25 juin, douzième jour depuis l'opération, après avoir coupé les parties comprises. La section du nerf par le fil était prévue : il n'y avait aucun moyen de s'y opposer, son moment seul était certain.

Qu'arriverait-il après la chute de ce fil? Il n'y avait qu'à attendre et à observer. Jusque-là, tout s'était maintenu dans les conditions premières. La sensibilité et les mouvements des doigts avaient persisté sans perte aucune. En serait-il de même quand le fil aurait cessé de prêter aux extrémités du nerf le même point d'appui? La section du nerf donnerait-elle lieu à quelque accident traumatique?

Tous les physiologistes et les chirurgiens savent bien que leurs recherches sont sujettes aux lois de l'organisme, et qu'il faut subir ces lois sans pouvoir s'y soustraire. L'intervention de ces lois n'est pas toujours défavorable, mais elle peut troubler les phénomènes au moins d'une manière temporaire. Sous ce rapport, les effets immédiats de l'opération

(1) Cet article fait suite à celui que nous avons inséré p. 310.

peuvent être distingués des effets consécutifs. Ces derniers sont en partie du domaine de la pathologie. Au reste, ce trouble apporté dans l'expérience a aussi son côté important : il est lui-même une nouvelle expérience instituée par l'organisme, et dont celui-ci a seul la clef jusqu'à ce que l'observation en ait tiré la conclusion.

Voici ce qui s'est produit ici :

A dater de la chute du fil de suture, une inflammation manifeste s'est montrée dans le nerf au niveau de la plaie; elle a été signalée par des douleurs lancinantes le long des doigts d'abord paralysés, sur le trajet des branches nerveuses collatérales qui naissent du médian; mais ce phénomène a eu lieu d'une manière inégale. Le pouce, le médius, l'index en étaient le siége; l'annulaire en a été exempt. En même temps s'est produit dans les doigts douloureux de l'engourdissement, et peu à peu une perte notable de la sensibilité tactile à leur face palmaire, mais cela encore d'une manière inégale. Ainsi, l'anesthésie cutanée était à peu près complète au niveau des deux dernières phalanges de l'index, à toute l'étendue de la face palmaire du pouce et du médius; mais le sentiment a persisté à la face antérieure de la première phalange de l'index, à toute la moitié externe de la paume de la main, enfin au côté externe du doigt annulaire, où il n'avait pas subi la moindre altération. Mais peut-être, pour sa persistance en ce dernier point, voudra-t-on arguer d'un rameau anastomotique constant envoyé par le nerf cubital, bien qu'il soit peu probable qu'à lui seul il puisse suppléer à la sixième branche collatérale du nerf médian. Encore faudrait-il qu'il eût conservé la sensibilité de la face interne du doigt médius, à moins qu'on ne suppose que ses filets sont exclusivement destinés au doigt annulaire, circonstance tout à fait inconnue et que le fait que j'étudie est peut-être destiné à mettre en relief.

Quoi qu'il en soit, après cinq ou six jours, les vives douleurs dues à la névrite se sont calmées, et depuis ne se sont fait sentir que par intervalles et en quelques points de la longueur des doigts; mais à dater de leur apparition, comme je l'ai dit, la sensibilité est devenue très altérée; parfois elle était nulle à l'attouchement du doigt ou des barbes d'une plume, parfois seulement incertaine. Le blessé rapportait la sensation perçue à une autre partie du doigt touché, ou même à un doigt voisin.

La sensibilité reviendra-t-elle à mesure que l'inflammation s'éteindra?

Telle était la question que je me posais il y a quelques jours. Déjà il y avait des apparences manifestes de retour : ainsi, les sensations tactiles avaient reparu à la face antérieure de la première phalange du pouce, au-devant de la seconde et même de la troième phalange de l'index. A la pulpe de ce même doigt, le blessé reconnaissait l'état d'un corps lisse ou rugueux; il distinguait les aspérités d'une lime douce, et même les sensations du froid et du chaud; mais il y avait une singulière mobilité dans son appréciation du contact, et c'était une étude curieuse que ces variations, comparées aux sensations nettes et précises des douze premiers jours à partir de la suture du nerf jusqu'à la chute du fil.

Mais aujourd'hui la question du retour complet de la sensibilité tactile n'est plus douteuse. A la visite de vendredi dernier 15 juillet, les sensations ont été beaucoup plus précises, à la grande satisfaction du blessé. On observait encore parfois de l'hésitation dans la désignation du point touché des doigts anesthésiques; mais au médius même, qui avait le plus perdu de sa sensibilité, les sensations tactiles étaient le plus souvent perçues avec précision.

Quant aux mouvements du pouce, les seuls qui aient trait au rétablissement des fonctions par la suture au point où

elle a été pratiquée, ils sont restés intacts, ils ont pris même plus de développement qu'ils n'en avaient les premiers jours après l'opération. Le malade, depuis plus de trois semaines, ne fait pas seulement le mouvement d'opposition, mais la circumduction dans laquelle le muscle petit abducteur animé par le médian joue nécessairement son rôle.

Au dixième jour, la contractilité électrique, qui après les lésions traumatiques des nerfs moteurs s'éteint vers le septième ou huitième jour, a été constatée publiquement par M. Duchenne (de Boulogne), dont les travaux et l'expérience de ce genre de recherches sont bien connus de l'Académie. Comment ne pas admettre que cette persistance est due à la continuité d'action du nerf rétablie par sa suture?

Que de faits singuliers deviennent évidents dans cette expérience physiologique de la suture d'un nerf mixte! Le médian, à peine de la grosseur d'une plume de corbeau, dans le point où il a été coupé et réuni, a donc pu être partiellement enflammé de telle sorte qu'un certain nombre de ses tubes sensitifs soient restés exempts d'inflammation, comme ici ceux qui se rendent à la face externe de l'annulaire. D'autre part, sur le trajet d'autres tubes sensitifs, nous avons constaté des paralysies partielles de la sensibilité tactile, bornée à la face antérieure de deux phalanges d'un même doigt, fait favorable à cette opinion de quelques anatomistes, que la sensibilité tactile d'un doigt, par exemple, peut résulter de houppes nerveuses indépendantes, ayant chacune une fibre tige particulière, et, comme on le verrait ici, susceptible d'être affectée isolément.

Comment se fait-il aussi qu'à la suite de la suture du médian nerf mixte, les tubes sensitifs seuls aient subi l'atteinte de l'inflammation, tandis que les tubes moteurs, ainsi que les mouvements auxquels ils président, sont restés entiers? Leur isolement non contesté permet-il de croire qu'un nom-

bre quelconque de ces derniers tubes, les moteurs, ait été enflammé quand les mouvements n'ont fait aucune perte?

L'Académie m'excusera de donner sur ces divers points plutôt des aperçus que des solutions.

J'ai eu pour but, dans cette seconde note, de faire connaître plus à fond les suites de l'opération pratiquée, d'appeler l'attention sur une complication sérieuse et peut-être inévitable de la suture, l'inflammation du nerf; enfin, de faire remarquer que les pertes partielles de la sensibilité déjà recouvrée par l'opération n'infirment pas, au point de vue physiologique, les premiers résultats, c'est à dire la possibilité du rétablissement presque immédiat des fonctions d'un nerf coupé, pourvu que les bouts soient ramenés et maintenus au contact suivant la tranche de section, et qu'au point de vue chirurgical, si la sensibilité n'avait pas été entièrement rétablie, les mouvements de la main qui dépendent du nerf médian, retrouvés après l'opération, n'en ont pas moins persisté et sont restés acquis au blessé.

Ce fait, même avec les modifications qu'il a subies, diffère donc des faits connus jusqu'ici, et n'a d'analogie que celui de M. Nélaton. Beaucoup de médecins très compétents l'ont vu et trouvé incontestable. Toutefois, l'étonnement qu'il a causé lui a valu des contradicteurs, comme il était naturel de s'y attendre; mais ils sont loin d'être d'accord. Les uns, je ne crois pas qu'ils soient nombreux, frappés des altérations de la sensibilité produites par l'inflammation du nerf, et sans tenir compte du retour des mouvements, se sont montrés peu disposés à reconnaître ce qui leur aurait paru tenir du miracle; mais dans les sciences d'observation, les faits ne semblent miraculeux que lorsqu'ils se présentent pour la première fois, et la seule réponse à faire, je crois, c'est la présentation du malade devant la Commission nommée par l'Académie.

D'autres, après avoir bien observé le blessé, n'ont pas contesté le retour de la sensibilité et du mouvement après la suture, mais ils en voudraient, sans l'avoir trouvée cependant, une autre explication. Ils ne font pas attention que le rétablissement si rapide des fonctions du nerf prouve d'une manière péremptoire l'intervention efficace de l'opération; que l'altération même de la sensibilité par la névrite est encore une démonstration du rôle joué par la suture, et que pour admettre ici une autre origine du retour du sentiment et du mouvement, il faudrait renoncer à ce qu'on sait de positif sur l'usage et la destination pour ainsi dire individuelle de chaque nerf. Je ne fais allusion à ces doutes sur l'authenticité ou la véritable explication de mon observation, que parce qu'ils se sont fait jour dans des actes publics ou dans la presse. Au reste, c'est à l'Académie qu'il appartient d'apprécier et de juger.

TRAVAUX DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

Discussion à l'Académie de Médecine sur la spontanéité de la pustule maligne.

Nous ne pouvons nous montrer aujourd'hui dans la carrière des sciences, et en particulier de la Médecine, sans prétendre faire du nouveau; et dans les faits déjà si bien observés par nos devanciers, nous ne pouvons que les accuser d'erreurs, pour nous donner le beau rôle d'inventeurs. — Certes, s'il était une question bien arrêtée dans l'esprit des observateurs, c'était celle de la contagion comme seule source de la pustule maligne. Les travaux d'Enaux et Chaussier, du Dr Bourgeois (d'Étampes) et de M. Rambert de Châteaudun, de MM. Maunoury et Salmon, avaient établi ce fait comme une vérité. — Mais voici que MM. Gallard et Devert ont cru trouver des cas qu'ils ont qualifié de *pustule maligne*, et pour lesquels il leur a été difficile, impossible, disent-

ils, de les faire remonter jusqu'à la contagion. Force leur a donc été de penser qu'il est des conditions dans lesquelles la pustule maligne doit être attribuée à la spontanéité.

Si c'est par la doctrine de la spontanéité de certaines maladies qui, plus tard, ont revêtu le caractère contagieux, que ces Messieurs sont arrivés à leur conclusion, on ne pourrait leur opposer une négation absolue. En effet, les maladies charbonneuses, la morve elle-même, auxquelles on ne saurait dénier le caractère contagieux, se présentent pourtant à la suite de certaines conditions anti-hygiéniques, et, comme on peut dire, spontanément. Mais c'est avec des faits qu'il faut établir qu'une maladie qui, comme la pustule maligne, ne se montre le plus souvent qu'à la suite de la contagion, puisse, dans certaines circonstances, se montrer en dehors de cette même contagion. Le Mémoire de M. Gallard en contient-il d'assez évidents pour appuyer ses prétentions et entraîner la conviction? — La place où apparaît la pustule, à couvert des vêtements, peut-elle être invoquée pour établir que là n'a pas été porté le virus? — L'absence, ou tout au moins l'éloignement d'épizooties charbonneuses, suffisent-ils pour dire que la pustule qu'on observe dans ces parages doit avoir une origine spontanée? — A quelle distance de temps et de lieux fera-t-on cesser la propriété contagieuse du virus charbonneux? — Depuis combien de temps les brides de cuir des sabots qui ont fait naître la pustule maligne sur le coude-pied de paysans étaient-elles préparées, et chez quels tanneurs étaient-elles passées?

La pustule maligne, si elle était réellement spontanée, ne se présenterait-elle pas indifféremment dans tous les lieux? Et pourquoi ne la voit-on que dans les pays où l'on observe d'ordinaire les maladies charbonneuses?

De tout temps on a établi qu'il était difficile souvent de distinguer le charbon de la pustule maligne; et le premier pouvant se montrer sporadiquement et d'une manière spontanée, n'a-t-il pas été possible de confondre les deux affections?

Cette question, d'ailleurs, si elle n'avait d'autre but que d'établir une double origine à la pustule maligne, et que, sous le rapport thérapeutique, elle ne dût amener aucun changement,

nous paraîtrait perdre de son importance. Eh bien! au point de vue du traitement, quel résultat suivrait la nouvelle doctrine?

La pustule maligne spontanée, procédant du dedans au dehors, verrait apparaître d'abord des symptômes généraux, ne se traduirait à l'extérieur que lorsque des accidents plus graves l'auraient précédée, et alors, le moyen par excellence contre cette affection, la cautérisation, serait peut être abandonné. Ce serait à tort; selon moi, car je dis avec M. Bouley, que, même dans ce cas, la pratique de la cautérisation ne cesserait pas d'être nécessaire.

Qu'en sera-t-il donc des nouvelles vues de MM. Gallard et Devert? Nous savons bien que leur théorie a été soutenue avec talent; mais nous avons vu aussi, et cela avec une certaine satisfaction, qu'elle n'avait pas gagné de partisans au sein de l'Académie; et nous croyons encore, avec MM. Velpeau, Gibert, Bouley, J. Guérin, etc., etc., que la seule source d'où provient la pustule maligne est une cause virulente, et qu'elle est due à la contagion. C.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Méningite aiguë, guérie par la saignée du sinus longitudinal antérieur. — Le titre seul de cette observation appellera suffisamment l'attention des praticiens sur l'important enseignement qui en découle.

Chez un enfant de huit mois, affecté de méningite aiguë, M. Torci avait vainement employé la santonine, le calomel, et six, puis huit sangsues aux apophyses mastoïdes. Malgré ces remèdes actifs, les convulsions, le coma, le strabisme, l'immobilité des pupilles persistaient, et le danger devenait pressant. On croyait même sentir de la fluctuation à la fontanelle antérieure. Il pensa alors à extraire du sang directement du sinus longitudinal antérieur; et voici comment il procéda :

Avec le bistouri, il pratiqua, au milieu de la fontanelle antérieure, d'avant en arrière, une incision de 3 centimètres, comprenant toute l'épaisseur de la peau; puis, avec la pointe de l'instrument, il ouvrit la dure-mère dans l'étendue d'un centimètre. Aussitôt il sortit un jet

de sang d'un rouge vif, jet d'abord continu et en arcade, qui, après l'évacuation d'environ 60 grammes, devint plus ondulé.

Après en avoir laissé couler environ 90 grammes, M. Torci arrêta l'écoulement, en mettant le doigt sur la plaie. Un changement subit s'était opéré ; les paupières s'étaient relevées, les pupilles avaient perdu de leur largeur, le strabisme n'existait plus ; enfin le teint moins terreux, la respiration plus libre, le pouls devenu régulier, faisaient porter l'augure le plus favorable.

Encouragé par ce succès, — et alors, sans doute, que beaucoup d'autres médecins se seraient arrêtés là, — M. Torci laissa de nouveau couler le sang. A chaque goutte, pour ainsi dire, le visage de l'enfant se recomposait, reprenait l'aspect naturel ; le strabisme, la blépharoptose cessèrent complètement. Enfin, après 240 grammes de sang évacué, il ferma définitivement la plaie au moyen d'un bandage. L'enfant presque aussitôt reprit le sein ; on le maintint longtemps couché ; puis il avait repris toutes ses habitudes, et les parents étaient dans l'enchantement de ce succès, lorsqu'au bout de vingt-huit jours une nouvelle attaque de méningite, compliquée de bronchite capillaire, le fit succomber en trois jours. L'autopsie ne put être faite.

(Bull. del sc. méd. di Bologna, et *Gaz. méd. de Lyon,* juin 1864.*)*

De l'action du feu sur les cadavres, et moyen certain de reconnaître la mort réelle; par M. E. Martenot, *de Cordoux.* — Après de nombreuses expériences, M. Martenot, de Cordoux, est arrivé à cette démonstration, que le feu, mis en contact avec le cadavre, détermine un phénomène particulier qui ne s'observe jamais sur le vivant : la formation d'une phlyctène remplie de vapeur au lieu de sérosité.

Le fer rouge ne présentant pas toujours des résultats identiques, il est bon, pour que l'expérience soit aussi évidente que possible, d'employer la flamme.

Si l'on a recours à la flamme en contact avec les parties du corps où l'épiderme est fin, on n'arrive pas encore très-facilement à produire les phlyctènes, parce que la finesse de la pellicule ne lui permet pas une grande extension, et qu'elle se déchire trop vite ; la présence de la vapeur, quoique certaine, est trop difficile à constater pour que l'on puisse se contenter de cette expérience.

Si, au contraire, on opère sur une partie du corps où l'épiderme est assez épais, on ne tarde pas à voir une belle ampoule se former par la dilatation de la vapeur. Si l'expérience s'arrête là, la phlyctène s'af-

faisse promptement par l'effet du refroidissement; si l'action de la flamme est continuée, l'épiderme éclate et la vapeur s'échappe avec assez de force pour éteindre la bougie.

L'expérience la plus concluante, dit l'auteur, et qui, je l'espère, ne laissera aucun doute dans l'esprit de personne, est la suivante : Exposez la plante du pied d'un cadavre à une flamme douce, comme celle que l'on produit avec du papier ou des copeaux fins, et vous verrez bientôt tout l'épiderme se soulever en masse et former une énorme boule remplie de vapeur.

Cette expérience démontre suffisamment que l'action du calorique sur le cadavre *fait passer les liquides à l'état de vapeur*, ce qui n'a jamais lieu sur un sujet vivant; mais elle déterminerait une lésion trop grave dans le cas où la mort ne serait qu'apparente, pour que j'ose la proposer pour la constatation d'un décès. Afin que mes expériences puissent avoir un effet pratique, j'ai dû chercher à diminuer l'étendue de la lésion, et j'y suis arrivé en n'exposant que l'extrémité d'un orteil ou d'un doigt à la flamme d'une allumette. Je prends de préférence une allumette-bougie, parce que la flamme est plus uniforme et dure plus longtemps que celle d'une allumette ordinaire; je la maintiens pendant quelques secondes à un demi-centimètre environ de la peau. Le soulèvement de l'épiderme ne tarde pas à se faire; et quand son extension est arrivée à son summum, il éclate avec un petit bruit sec, et quelquefois avec assez de force pour éteindre la flamme.

Je crois avoir démontré suffisamment que la production de la vapeur est un effet purement cadavérique, et que dès qu'on l'a obtenu on peut ordonner l'inhumation.

Ordinairement les médecins n'ont pas besoin de s'assurer, par une expérience quelconque, que la mort est bien réelle; cependant le doute peut exister encore assez souvent dans leur esprit pour qu'ils ne dédaignent pas d'avoir recours à un moyen aussi sûr et aussi inoffensif que celui que je propose.

Quant aux personnes étrangères à la médecine, elles accepteront toujours sans répugnance une épreuve qui leur assurera que les personnes qui leur sont chères étaient bien mortes lorsque la bière s'est refermée sur elles. Le vulgaire accepte avec empressement toutes les histoires qu'on lui raconte à ce sujet, et certainement la crainte d'être enterrées vives tourmente beaucoup de personnes.

La constatation des décès laisse à désirer et ne donne pas une entière satisfaction à l'opinion publique; le moyen que j'ai l'honneur de sou-

mettre à l'appréciation du Conseil de santé aurait l'avantage, s'il est adopté, d'être compris facilement par tout le monde, et la lésion qu'il détermine est si légère que le public l'accepterait sans répulsion, et qu'il ne la considérerait jamais comme une profanation ni comme un danger dans le cas où la mort ne serait pas réelle.

(Recueil de Mém. de Méd., Chir. et Ph. mil.)

Angine couenneuse et croup. — Médication alcaline du docteur Volquarts (d'Altona). — Aucune médication n'a mieux réussi — entre les mains du docteur Volquarts — que l'administration des sels à base de soude et de potasse pour arrêter la formation des fausses membranes et favoriser la disparition de celles-ci quand leur développement n'avait pas été empêché.

La première indication est remplie par l'emploi d'une potion contenant un mélange à parties égales de bicarbonate et de nitrate de soude.

La potion, pour un enfant d'un an à trois ans, est composée ainsi :

Bicarbonate de soude.......	aa 5 décigrammes.
Nitrate de soude...........	
Gomme arabique...........	4 grammes.
Eau.....................	225 —

A prendre par cuillerée à café toutes les heures.

Pour un enfant de trois à cinq ans, le mélange alcalin est de 4 grammes pour 225 grammes d'eau et 4 grammes de gomme, à prendre toutes les heures par cuillerée à dessert.

Enfin, chez les adultes, la quantité des sels de soude réunis est de 7 à 8 grammes, et celle de la gomme de 15 grammes pour 225 grammes d'eau, à prendre toutes les heures par cuillerée à bouche.

C'est un gargarisme ou un collutoire qui répond à la seconde indication.

Si le malade sait se gargariser, le docteur Volquarts prescrit :

Chlorate de potasse.........	12 grammes.
Eau.....................	160 —
Gomme arabique...........	32 —

Cette mixture doit être dissoute complètement dans 160 grammes d'eau bouillante, et employée tiède toutes les demi-heures ou toutes les heures.

Si c'est un enfant, ce gargarisme est remplacé par une préparation sirupeuse formulée ainsi :

Chlorate de potasse.........		1 à 3 grammes.
Eeau distillée..............	aa	20 —
Sirop d'althæa..............		

dont l'enfant lèche une cuillerée à thé toutes les demi-heures.

Quand les amygdales sont très gonflées, le docteur allemand fait insuffler toutes les trois heures avec un tuyau de plume, jusqu'à l'affaissement des tonsiles, un mélange de :

Alun	4 grammes.
Safran....................	4 —

Ces insufflations provoquent des vomissements dont l'effet est généralement avantageux. *(Journal de médecine et de chirurgie pratique.)*

Préparations de viande crue, de l'hôpital des Enfants malades. Nous avons maintes fois signalé les bons effets de la viande crue prescrite dans certaines diarrhées, d'après la méthode du docteur Weisse, de Saint-Pétersbourg. Cette médication bizarre est très employée à l'hôpital de la rue de Sèvres, chez les enfants, et voici quelques-unes des formes que lui donne M. Réveil, pharmacien de cet hôpital :

Marmelade de musculine.

Pr. Filet de bœuf cru....... 100 grammes.

Enlevez avec soin les aponévroses et toute la matière grasse; hachez menu; pilez dans un mortier en bois et ajoutez :

Sucre pulvérisé..........	20 grammes.
Chlorure de sodium.......	1 50 c.
— de potassium......	0 50 —
Poivre noir pulvérisé......	0 20 —

A prendre par cuillerée à café dans la journée. On peut remplacer le filet de bœuf par des muscles de poissons, par ceux de poulet ou de veau.

La préparation qui précède a si parfaitement réussi à l'hôpital des Enfants-Malades et en ville, qu'on peut n'en pas chercher de meilleure. Cependant nous devons dire qu'en Allemagne on emploie des extraits et des sirops de viande qui commencent à s'introduire en France, et

dont l'existence ne saurait être ignorée. Ainsi, dernièrement, M. Guichon a présenté à la Société de médecine de Lyon, sous le nom de *musculines*, du filet mignon privé de toute substance alibile, desséché avec soin et avec lequel on fait des pastilles qui renferment 3 grammes 50 cent. de viande, dont le goût est complètement dissimulé, et que les enfants prendront sans répugnance. 100 grammes de musculine représentent 175 gr. de viande crue ; la dessiccation se fait à la température ambiante et enlève à la viande 77 pour 100 d'eau. Ces pastilles se conservent longtemps sans subir d'altération.

A l'hôpital des Enfants-Malades, M. Réveil n'a pas, que nous sachions, cherché à imiter M. Guichon, mais il a composé un sirop qui peut remplacer les extraits et sirops allemands, et dont voici la formule :

Sirop de musculine.

Pr. Muscles de veau lavés, dégraissés et hachés menu. 100 gr.

Eau....................	500 —
Acide chlorhydrique pur..	0 50 c.
Chlorure de potassium.....	0 50 —
— de sodium.......	0 50 —

Mêlez et agitez de temps en temps. Après douze heures de macération, passez ; filtrez et faites dissoudre à la température de 35 à 40° après avoir ajouté 9 litres d'eau pour obtenir 500 gr. de liquide, et

Sucre blanc............ 1000 gram.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

Découverte des spores de l'achorion dans l'air qui entoure les malades atteints de favus. Extrait d'une note de M. J. Lemaire. — M. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a prouvé dans ces dernières années que l'*achorion Schœnleinii* est la cause du *favus* et qu'il suffit de détruire ce champignon pour guérir rapidement sa maladie. M. Bazin admet pour le *favus*, comme pour les autres teignes, quatre modes de transmission, savoir : le contact immédiat et médiat, l'inoculation et la propagation par l'air. Les trois premiers modes de transmission ont été démontrés par la clinique et par des expériences ; mais le quatrième mode n'était pas démontré, ce n'était qu'une hypothèse...

Connaissant les expériences qui m'ont permis de constater l'existence de spores dans les gaz qui dégagent des matières en putréfaction.

M. Bazin demanda si je ne pourrais pas, à l'aide des mêmes moyens, démontrer dans l'air la présence de spores de l'*achorion*. Je répondis affirmativement et je fis mes recherches de la manière suivante :

Un malade âgé de seize ans, atteint de *favus* depuis sept ans, avait tout le cuir chevelu envahi par le mal. Il n'avait suivi aucun traitement. Je plaçai ce malade à l'extrémité du casier d'un bureau, de manière que sa tête dépassât la planche qui termine supérieurement ce casier. Je plaçai à 50 centimètres de la tête deux vases allongés remplis de glace et reposant sur une petite cuvette. Alors un courant d'air fut établi de manière à transporter la poussière favique vers les vases. Je fis agiter les cheveux et les croûtes en les faisant gratter par le malade, et l'air emporta à une assez grande distance des parcelles de matière favique, visibles à l'œil nu, dans lesquelles le microscope me permit de constater l'existence de l'*achorion*. Ce premier résultat avait déjà son intérêt, mais celui que j'attendais des vases remplis de glace devait en avoir un autre plus important, et mon attente ne fut pas trompée. En effet, le courant d'air qui passait sur la tête du malade venait de frapper ces réfrigérants, y déposait l'eau qu'il tenait en suspension, et cette eau, découlant le long des parois, se réunissait dans la cuvette. C'est dans ce liquide que j'ai trouvé un grand nombre de spores isolées. Il est difficile de préciser la distance à laquelle ces spores peuvent être transportées, mais on ne saurait douter qu'elles puissent l'être fort loin.

L'expérience a été répétée une fois devant M. le docteur Deffis, et une autre fois en présence de M. Bazin, de son interne et d'une douzaine d'élèves. Tous ont constaté dans une seule goutte de liquide l'existence d'une trentaine de spores isolées. Une autre expérience, faite dans des conditions beaucoup moins favorables, a été aussi couronnée de succès.

Ainsi, nul doute, les spores de l'*achorion* sont charriées par l'air atmosphérique. L'hypothèse de M. Bazin est aujourd'hui un fait démontré.

Je prie l'Académie de vouloir bien remarquer que c'est la première fois que l'on démontre dans l'air la présence d'êtres vivants capables de reproduire la maladie contagieuse qui leur a donné naissance.

(Revue de thérap. méd. chirur.)

Traitement de la pourriture d'hôpital par l'essence de térébenthine ; par M. le docteur Hachenberg, médecin de l'armée fédérale ; —

M. Hachenberg se loue beaucoup des services que lui a rendus l'essence de térébenthine dans le traitement des plaies affectées de pourriture d'hôpital. En même temps qu'il a administré à ses malades les toniques, tant médicamenteux qu'alimentaires, indiqués par leur état, il applique l'essence de térébenthine toutes les trois heures sur la surface entière de la plaie, après l'avoir convenablement nettoyée avec de l'eau tiède additionnée ou non d'agents détersifs; dans les cas de clapiers, de trajets fistuleux, il y pousse également une injection d'essence de térébenthine, en ayant soin d'exciser les lambeaux qui peuvent faire obstacle à un contact suffisant.

Ces applications, même lorsque la partie malade en a été parfaitement saturée, ne détermine que peu ou même point de douleur dans la plupart des cas. La seule précaution à prendre consiste à ne pas dépasser les limites de la plaie, à ne pas toucher la peau adjacente; autrement, et surtout lorsque les parties ne sont pas à l'air, il peut survenir de la douleur, une inflammation de la peau ou même de la vésication.

Après que l'essence a été employée d'une manière régulière pendant quelques jours, le caractère de la plaie se modifie; les parties mortifiées s'éliminent; la suppuration devient louable, et il reste un fond net avec une tendance à un bourgeonnement actif. En même temps, l'état général s'améliore, la fièvre, tombe, l'appétit reparaît, la douleur cède, le sommeil revient, et la physionomie, l'aspect général expriment un mieux être prononcé.

Tel est le tableau, fort encourageant en vérité, que M. Hachenberg trace des effets de l'essence de térébenthine, effets que lui paraissent s'expliquer facilement par les propriétés suivantes de cette substance : son pouvoir dissolvant sur les tissus adipeux de la plaie, ses propriétés altérantes, stimulantes, sédatives, antizymotiques, antiseptiques et stiptiques, énumération à laquelle nous ne reprocherons qu'une chose, c'est d'être un peu trop belle. (*British medical Journal*).

Traitement de l'anthrax par la compression. — Adoptant les idées du professeur Milder, M. Collis regarde l'anthrax comme une inflammation du fascia profond, dans laquelle le tissu aréolaire superficiel est compris comme pour le furoncle, ainsi que le tissu aréolaire profond comme pour l'érysipèle phlegmoneux. Cette triple inflammation donne lieu à une abondante exsudation de lymphe, qui convertit les tissus enflammés en une masse homogène. L'extension de ce dépôt sous le

fascia mortifie celui-ci, et son extension au-dessus du fascia mortifie la peau.

L'anthrax est donc bien une sécrétion de lymphe plastique; mais il est, non moins réellement, par ses suites, une affection gangréneuse. Son point de départ est profond, sous-cutané. Ce qui le prouve, c'est, 1° que, s'il siége dans une peau fine et souple, comme la paupière, on sent, en pressant la tumeur entre deux doigts, que la partie superficielle du tégument n'est pas compromise; 2° que, après avoir incisé l'anthrax, l'examen d'une section de la peau montre la lésion décroissant d'intensité à mesure qu'on se rapproche de la surface; que l'ulcération de la peau et la suppuration ne paraissent qu'après la gangrène du tissu aréolaire (le contraire aurait lieu si l'anthrax était originairement une maladie du tégument même); 4° que, lorsqu'on ouvre un anthrax déjà ancien, l'étendue de la mortification sous-tégumentaire est toujours plus considérable que l'aspect du mal, vu de l'extérieur, ne l'aurait fait présumer.

M. Collis fait remarquer que, lorsqu'on pratique l'incision d'un anthrax, il faut, en conséquence des notions précédentes, s'attacher plutôt à la faire suffisamment profonde que suffisamment large, ainsi que le conseillent à tort quelques auteurs. Un bon signe que l'incision cruciale a porté assez profondément, dit-il, c'est quand ses bords s'écartent largement et quand le sommet de chaque lambeau se recroqueville en liberté. Tant qu'il n'aura pas pris cette position, ajoute l'auteur, votre incision n'a pas pénétré assez avant dans les tissus.

Quant au traitement par la compression, objet plus spécial de cet article, M. Collis l'exerce au moyen d'emplâtres agglutinatifs, et il en a obtenu plusieurs fois d'assez bons effets, et surtout un soulagement assez prompt de la sensation de brûlure qui accompagne les premières périodes, pour croire que ce traitement pourra souvent dispenser de l'incision. Il abrège aussi notablement la durée totale du mal, et provoque enfin une élimination des escarrhes et une cicatrisation beaucoup plus rapide. L'un des collègues de l'auteur, M. Smyly, traitait en même temps, l'un par la compression, l'autre par l'incision, deux sujets atteints d'anthrax dans la même région, à l'ischion. Or, le premier put se lever après huit jours; le second gardait encore le lit au bout de trois semaines.

M. Collis ne déclare néanmoins pas l'incision complètement et toujours inutile. Il appelle seulement l'attention des praticiens sur la

possibilité de l'épargner aux malades, dans un assez grand nombre de cas. *(The Dublin quartely Journal of médical science* et *Gaz. médic. de Lyon.)*

CHRONIQUE.

L'Assemblée générale de l'Association des Médecins de la Gironde aura lieu le jeudi 8 septembre 1864, à une heure de l'après-midi.

L'ordre du jour comportera le renouvellement du Bureau ou de la Commission administrative, selon l'art. 11 des Statuts, dont voici les termes :

« La Commission administrative est renouvelée tous les cinq ans, à » la majorité des suffrages; ses membres sont rééligibles. »

Une circulaire du Président, en date du 16 août, a informé les sociétaires de cette partie importante de l'ordre du jour de la prochaine Assemblée générale, afin qu'ils aient le temps de s'entendre et de se concerter en vue des élections.

Une nouvelle circulaire sera prochainement adressée aux sociétaires, pour leur faire connaître que la Commission administrative sera renouvelée *en totalité* dans la séance du 8 septembre, et pour leur indiquer les détails de cette séance.

— Nous apprenons à l'instant que M. le Dr Charles Dubreuilh vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur. Nous ne pouvons que féliciter notre jeune confrère de cette distinction.

— M. le Dr Salet, ancien interne à l'Asile d'Aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, est nommé médecin-adjoint à l'Asile d'Aliénées de Bordeaux.

— M. le Dr Bazin, professeur de zoologie, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur, comme récompense de travaux importants en anatomie comparée.

— Par décret du 1er août 1864, a été nommé Président de la Société de Secours mutuels du département à Caen (Calvados), M. le Dr Vastel, Directeur de l'École préparatoire de Médecine de cette ville.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(de Juillet 1864).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE.			BAROMÈTRE.		DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS.
	Matin.	Midi.	Soir.	Matin.	Soir.			
				millimètr.	millimètr.			
1	18	26,5	18	764,6	762,3	S.-O.	Beau	
2	17	27,5	19	761,3	760,2	Est.	Beau.	Très belle journée.
3	17	24,4	18	761,3	762,3	S.-O.	Beau.	Nuageux.
4	15	23,3	15	764,3	765,9	Nord.	Beau.	Soirée un peu fraîche.
5	15	25,3	15	765,9	762,3	Nord.	Beau.	
6	16	27,5	19	762,3	762,3	N.-E.	Beau.	Min. de la n., 13°, j. ch.
7	18	28	20	762,8	763,3	N.-E.	Beau.	Très belle journée.
8	18	29	20,5	763,3	761,3	Est.	Beau.	Journée très chaude.
9	19	29,5	22	759,2	756,6	Est.	Couv.	Vent la n., j. ch., m. d'or.
10	20	26	17	756,6	759,7	Ouest.	Couv.	Or. dans la journ., pl. le s.
11	15,5	26,5	20	761,8	761,3	N.-E.	Beau.	Temps nébuleux.
12	18	28	20	761,8	760,2	Ouest.	Couv.	Or. et pl le mat. *Id.* le s.
13	17	26	17	760,2	761,8	S.-O.	Beau.	Ciel très nuageux.
14	18,5	24,6	17	762,3	761,8	Nord.	Beau.	Temps très chaud.
15	17,5	30,5	21	761,3	762.3	Nord.	Beau.	Orage le soir à 11 heures.
16	19	28	19,5	764,2	764,8	S.-O.	Beau.	Ciel nuageux.
17	16	22	17	765,4	764.8	N.-O.	Pluie.	Pl. une partie de la journ.
18	14,5	21	16,5	764,3	764,3	N.-E.	Beau.	Un peu de pluie le jour.
19	15	24,7	17,5	764,9	765,4	Ouest.	Beau.	Ciel nuag., temps lourd.
20	16	27,5	20	765,4	763,8	N.-E.	Beau.	Ciel nuageux.
21	17,2	28	20	762,3	763,8	Sud.	Beau.	Temps orageux.
22	19	25,4	18	765,4	765,4	Ouest.	Beau.	Un peu de pluie le matin.
23	15,5	24	17	766,4	764,8	Nord.	Beau.	Ciel très nuageux.
24	15	26,3	19,5	762,8	762,8	Nord.	Beau.	Ciel nuageux.
25	16	24,7	17,5	762,3	762.3	S.-E.	Couv.	
26	15,5	25	18,5	762,8	762.7	S.-E.	Couv	Pluie de temps en temps
27	17,5	26,7	20	762,3	761,3	N.-O.	Couv.	Épais brouillard le matin.
28	18	28,5	19,5	761,3	762,3	N.-O.	Beau.	Ciel nuageux.
29	18,5	27,2	19,5	764,8	766,9	N.-E.	Couv.	
30	16	28,5	19,5	769,5	768,4	S.-E.	Beau.	
31	16	31	22	769,5	766,4	S.-E.	Beau.	

Résumé des Observations météorologiques de Juillet 1864

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	20° le 10.	31° le 31.	22° le 31.
Moindre..............	14°5 le 18.	21° le 18.	15° les 4 et 5.
Moyen	17° les 2, 3 et 13.	26° les 10 et 13.	18°5 le 16.

Chaleur du milieu du jour : 16 jours de 21° à 26°5. — 15 jours de 26°7 à 31°.

BAROMÈTRE.

Maximum..................	769,5 mill. les 30 et 31.
Minimum............... ...	756,6 mill. les 9 et 10.
Medium.....	763,3 mill. les 7 et 8.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Toutes graduelles.

DIRECTION DES VENTS...... Le vent a soufflé du nord .... 6 fois.

nord-ouest..	3	»
ouest.........	4	»
sud-ouest....	4	»
sud	1	»
sud-est......	4	»
est..........	3	»
nord-est	6	»

VENTS DOMINANTS : nord et nord-est.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux .... 23.

couverts....	7.
pluie	1.
orage............	3.

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le mois de juillet a été assez inégal dans sa température. Au commencement surtout, les vents, qui soufflaient de la partie nord, ont produit des nuits très fraîches. Après cette première période, le temps s'est mis à l'orage et a maintenu cette tendance pendant tout le reste du mois. De là, quelques pluies abondantes entremêlées à des journées chaudes à temps lourd et fatigant. Malgré l'inégalité du temps, la colonne barométrique n'a pas subi de variation remarquable. A part les journées du 9 et du 10, où l'on a observé une dépression sensible, le mercure s'est toujours tenu au-dessus de la hauteur moyenne.

Bordeaux. Imp. GOUNOUILHOU, ancien hôtel de l'Archevêché (entrée rue Guiraude, 11).

TRAVAUX ORIGINAUX.

OBSERVATION D'UNE MALADIE COMPLEXE des voies urinaires;

PAR J.-J. CAZENAVE,
médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie impériale de Médecine de Paris.

Urines fréquentes depuis quatre ans, puis strangurie; — rétrécissements de l'urèthre formant une espèce de chapelet, de tube cartilagineux; — je ne puis franchir ces coarctations qu'avec une bougie en baleine très déliée; — il m'est impossible de dilater ces strictures par les moyens ordinaires; — cautérisations spéciales faites avec une pâte caustique; — dilatation des rétrécissements faite avec des sondes de Mayor d'un calibre graduellement augmenté; — cautérisations faites après ces dilatations; — bon état des voies urinaires et excellente santé pendant les trois années qui suivent ces manœuvres faites dans l'urèthre; — en novembre 1834, hypertrophie assez considérable de la prostate et ses conséquences; — dépression de cette glande produisant d'excellents effets; — santé parfaite pendant trois ans et cinq mois; — en avril 1838, rétention complète d'urine pendant douze heures, cédant à l'emploi de moyens assez simples; — en octobre 1838, nouvelle ischurie accompagnée d'accidents nerveux très graves; — tentatives inutiles de cathétérisme; — ponction sus-pubienne; — dérangement de la canule hypogastrique en gomme occasionnant des accidents; — amélioration graduelle et soutenue; — changements assez fréquents de canules et d'appareils; — découverte de deux nouvelles coarctations fibreuses, et cautérisations de l'une d'elles; — canule hypogastrique trop courte produisant des accidents passagers; — récidives des coarctations sur lesquelles je fais des incisions multiples, qui réussissent à merveille et permettent d'enlever la canule hypogastrique; — le malade se rétablit complètement, mais est obligé de vider sa vessie toutes les quatre ou cinq heures avec une sonde métallique; — le malade casse cette sonde, dont près de la moitié est mi-partie dans la vessie et mi-

partie dans la portion prostatique de l'urèthre; — extraction de cet instrument sans accidents; — rétablissement complet du malade.

M. N..., âgé de soixante-huit ans, habituellement très bien portant, avait eu plusieurs uréthrites dans sa jeunesse, et les avait soignées comme les jeunes gens les soignent habituellement, c'est à dire fort mal.

Depuis plus de quatre ans, M. N... urinait très souvent par un jet de plus en plus ténu, très délié, et était arrivé graduellement à ne plus opérer la miction que goutte à goutte, et qu'en y consacrant un temps relativement très considérable. — Quoi qu'il en fût de cet état, la santé générale n'en avait pas souffert, et toutes les fonctions, moins l'émission des urines, étaient normales.

Les difficultés d'uriner augmentant chaque jour, M. N... s'en inquiéta, en parla à son médecin M. Domecq, de Castres (Gironde), qui me l'adressa le 28 juin 1831.

L'urèthre, exploré et palpé avec soin à l'extérieur, depuis la fosse naviculaire jusqu'au bulbe, me parut être le siége de coarctations, de rétrécissements profonds, fibreux, quasi cornés, laissant des intervalles variés entre eux, et formant une espèce de chapelet, de tube à peu près cartilagineux.

Après cette première exploration extérieure, que je fis en présence de mon confrère M. Domecq, j'introduisis dans l'urèthre une bougie en gomme très fine, qui fut arrêtée en arrière de la fosse naviculaire par le premier rétrécissement, que je ne pus traverser qu'avec une bougie en baleine très déliée, pareille à celle que j'avais fait faire, trois ans auparavant, par M. Bataille, fabricant très habile d'instruments de chirurgie à Bordeaux, pour un malade des environs de Sauveterre-de-Guienne (Gironde).

Avec une patience à toute épreuve, et en consacrant beaucoup de temps à chaque séance, je franchis en quinze jours, avec une bougie en baleine, les dix angusties de l'urèthre

que j'avais découvertes, mais sans pouvoir les dilater, soit avec des bougies en baleine, soit avec des bougies en gomme, soit avec des bougies molles en cire d'un calibre graduellement supérieur.

Ne pouvant pas dilater des coarctations uréthrales d'une nature aussi résistante, aussi réfractaire, peut-être à cause de mon défaut d'expérience, j'imaginai de recourir à un procédé de cautérisation qui m'avait réussi avant cette époque, et qui m'a réussi plusieurs fois depuis, procédé que je décrirai plus tard (1).

Quand j'eus obtenu un certain degré de dilatation par cette manière de faire, j'augmentai cette dilatation avec des sondes de Mayor de calibres gradués, puis cautérisai les coarctations de huit jours en huit jours avec un porte-caustique ordinaire.

A dater du mois de novembre 1831, M. N... urina librement, put vaquer à ses travaux d'officier ministériel, à la surveillance de ses propriétés, et vivre de la vie de tout le monde.

Pendant trois ans, c'est à dire depuis novembre 1831 jusqu'au mois de novembre 1834, M. N... jouit de la meilleure santé, urina parfaitement, et ne se ménagea guère. — A cette époque, — novembre 1834, — mon client vint me voir à Bordeaux, se plaignit de difficultés d'uriner, d'une fièvre intense, de convulsions épileptiformes, d'un malaise général, de la perte graduelle de son appétit et de ses forces. — Un cathétérisme, fait avec une sonde en gomme à courbure fixe, me permit de constater le bon état de tout l'urèthre, de découvrir une légère résistance à la portion prostatique de ce

(1) Ce procédé sera décrit à propos d'autres observations qui feront partie de ma clinique médico-chirurgicale, dont les célèbres professeurs Trousseau et Velpeau ont bien voulu me faire l'honneur d'accepter la dédicace.

canal, et de faire uriner le malade. — Une exploration, faite par le rectum, me donna le mot de l'énigme quant à la difficulté des urines, puisque je reconnus une hypertrophie assez considérable de la prostate.

Je conseillai de vider la vessie toutes les quatre ou cinq heures, de laver deux fois par jour ce réservoir des urines à l'aide d'injections émollientes et froides, de prendre des quarts de lavements froids aussi à défaut de morceaux de glace mis dans le rectum (1), de ne pas monter à cheval, de marcher peu, de suivre un régime doux, de prendre des boissons tempérantes, et de venir à Bordeaux tous les trois ou quatre jours, plus souvent si c'était possible, dans le but de déprimer la prostate, de l'atrophier à l'aide d'un instrument que j'ai imaginé, et dont je parlerai plus tard (2).

Ces manœuvres produisirent l'effet désiré et un retour complet à la santé.

M. N... se porta on ne peut mieux pendant trois ans et cinq mois, malgré ses soixante-quinze ans, et ne fut malade que le 15 avril 1838. — Ce jour-là, il fit de très longues courses à cheval, alla dîner chez M. Salvané, à Cadaujac (Gironde), but environ deux bouteilles de divers vins, prit du café, de la liqueur, et éprouva d'assez sérieuses difficultés pour uriner en sortant de table. — Étant obligé de faire 12 kilomètres à cheval pour rentrer chez lui, les difficultés d'uriner augmentèrent, l'ischurie survint avec son horrible cortége de douleurs et d'angoisses, dura douze heures, douze heures après lesquelles le calme se rétablit, grâce aux bains,

(1) La glace, employée de cette façon et en usant de certaines précautions, me rend tous les jours de très grands services dans le traitement des maladies de l'urèthre et de la prostate.

(2) Cet instrument, très habilement fabriqué par M. Bataille, de Bordeaux, est décrit et dessiné dans un travail sur les maladies de la prostate, couronné par la Société de Médecine de Bordeaux.

aux cataplasmes, aux boissons délayantes et à la diète prescrits par son médecin, mon honorable et très intelligent confrère le Dr Lavaud, de Portets (Gironde).

Le rétablissement fut complet, et M. N... put reprendre toutes ses habitudes de travail et d'activité. — Nonobstant ce retour à la santé, et sans cause appréciable, subitement, sans précédent aucun, le malade fut pris d'une rétention complète d'urine le 16 octobre 1838. — Voici dans quels termes m'écrivit M. le Dr Lavaud, médecin du malade, à propos de cet incident :

« Castres, le 17 octobre 1838.

» Mon cher Docteur,

» M. N... est depuis avant-hier soir dans un état de souffrance extrême, et n'a pas uriné depuis hier matin. Sa famille a craint un instant qu'il ne succombât à un paroxysme nerveux, à des convulsions épileptiformes d'une violence extrême.

» Ayez donc la bonté de venir à Castres par le premier bateau à vapeur, si ma lettre vous arrive à temps, et portez des instruments.

» Tout à vous de cœur,

» A Lavaud. »

J'arrivai auprès du malade le 17 octobre, à neuf heures du matin, et le trouvai pâle, défait, la figure grippée, souffrant horriblement, faisant des efforts inutiles pour uriner, efforts qui provoquaient la sortie involontaire des matières fécales. Par intervalles, les contractions de la vessie étaient si violentes que la tête et la face se congestionnaient, que les battements de cœur étaient d'une grande violence, que le ventre augmentait de volume, et que M. N... ne pouvait conserver aucune position.

Peu de moments après que je fus arrivé chez le patient,

et grâce à l'écoulement des urines par regorgement, les phénomènes ci-dessus furent presque immédiatement remplacés par un épuisement, par un anéantissement complets, par la cessation des contractions de la vessie, et par un soulagement relativement assez marqué.

En pareille situation, il fallait agir et vider la vessie le plus promptement possible. C'est ce que je voulus faire en essayant de sonder le malade alternativement debout et couché, avec des sondes tantôt en gomme, tantôt métalliques.—Les sondes à courbure brusque, dites à crochet, à béquille, ou à clefs en gomme, à l'aide desquelles on réussit si bien dans les cas de rétentions d'urine occasionnées par les hypertrophies de la prostate, n'étaient pas encore inventées, puisqu'elles ne datent que de l'année 1844 (1). Quoi que je fisse, je trouvai toujours une barrière infranchissable au commencement de la portion prostatique de l'urèthre, barrière dont une exploration, faite par le rectum, me donna l'explication, car je découvris une hypertrophie considérable de la prostate. J'eus beau m'évertuer à franchir l'obstacle, tous mes essais furent infructueux, et force me fut de faire la ponction sus-pubienne, à laquelle je procédai avec l'aide du Dr Lavaud, et en présence de MM. Ardusset, receveur de l'enregistrement à Castres, Lagarde, avocat très distingué de Bordeaux, et Soulié, notaire à Castres, amis intimes du malade.

M. N... avait été vivement affecté de sa position, avait craint que je n'arrivasse trop tard pour l'opérer, mais n'avait pas redouté la ponction, parce qu'il connaissait très particulièrement MM. Grassiet et Lafosse, de Cadillac-sur-Garonne, beaucoup plus âgés que lui, sur lesquels j'avais fait la même opération avec succès.

Soulagement immédiat après la ponction.

(1) Leroy d'Étiolles, *Urologie*. Paris, 1845, p. 291.

Les urines rendues par la canule hypogastrique contenaient un tiers de pus, et avaient une odeur repoussante.

19 octobre. — Bonne nuit, — pas de fièvre, — point de douleur hypogastrique, — moral excellent, — selle copieuse; — lavage de la vessie.

Une tasse de bouillon de volaille toutes les cinq heures.

Je fis chauffer la chambre du malade, qui était très grande, mal fermée, carrelée, froide, humide, et à 25 centimètres au-dessous du sol.

Du 19 jusqu'au 26 octobre, le malade alla très bien. La canule fut changée le 25 par un mode que j'ai imaginé, qui est très solide, et qui ne provoque ni gêne ni douleurs.

27 octobre. — Je reçus une lettre du Dr Lavaud, que je transcris parce qu'elle a son importance :

« Castres, le 27 octobre 1838.

» Mon cher et très honoré Confrère,

» Depuis votre départ d'ici, et le remplacement de la canule en argent par celle en gomme, j'ai observé des choses tellement gra es qu'il est urgent que vous veniez le plus tôt possible.

» Le soir même de l'introduction de la canule en gomme, on vint me dire que le malade était en proie à des douleurs affreuses. J'arrivai aussitôt, et trouvai que la canule était sortie et s'était logée entre le bandage de corps qui contenait l'appareil, et la peau de l'hypogastre. Déjà l'ouverture faite par le trois-quarts était presque oblitérée, et je ne pus pas replacer la canule en gomme. Force me fut de recourir à une canule en argent, qui pénétra très facilement dans la vessie, et la vida d'une urine purulente et infecte.

» Tout à vous d'affection,

» A. Lavaud. »

La sortie de la canule avait été occasionnée par la mobi-

lité du bandage de corps auquel M. Lavaud avait oublié d'adapter deux sous-cuisses.

27 octobre. — J'enlevai la canule en argent, en mis une en gomme, et m'appliquai à bien consolider l'appareil afin que de nouveaux incidents ne pussent pas se produire.

29 octobre. — Mieux très marqué; point de fièvre; sommeil. — Langue saburrale, bouche pâteuse, et toux assez forte.

Bouillons légers; — pilules de cynoglosse pour calmer la toux; — injections émollientes et presque froides, faites dans la vessie à travers la canule.

2 novembre. — Changement de canule en gomme. — Le malade alla de mieux en mieux.

10 novembre. — M. N... venait d'être soigné par mon confrère d'un léger érysipèle de la face, mais rien ne s'était aggravé du côté des voies urinaires.

Changement d'appareil; — bien-être très marqué; — quelques gouttes d'urine épaisses et purulentes étaient rendues par l'urèthre.

Continuation des injections dans la vessie; — régime très doux, mais substantiel.

Étant très indisposé à cette époque, et retenu chez moi, le Dr Lavaud eut la complaisance de changer l'appareil hypogastrique le 28 novembre, de m'écrire que le malade allait très bien, et qu'on continuait les injections dont M. N... se trouvait toujours on ne peut mieux.

2 décembre. — Je trouvai le malade debout, se promenant dans ses appartements; il était même allé, l'avant-veille, voir une dame, sa voisine, à laquelle j'avais amputé un sein avec l'aide de son médecin, M. le Dr Rencontre, de Portets (Gironde).

Désirant délivrer le plus tôt possible le malade de la canule hypogastrique, et le faire uriner par la voie normale,

j'introduisis une sonde en argent d'un assez fort calibre jusqu'au bulbe de l'urèthre, où je fus arrêté par un rétrécissement calleux dont je priai M. Lavaud de constater l'existence.

Après dix minutes d'une pression faite lentement et prudemment sur la coarctation, qui avait un demi-pouce de longueur environ, je la franchis sans difficulté, et pénétrai jusqu'à la portion prostatique de l'urèthre où je trouvai un nouvel obstacle, que je ne cherchai pas à franchir, parce que le malade était très fatigué.

Hémorrhagie légère de l'urèthre.

Ce premier résultat rassura beaucoup M. N..., et lui en fit espérer de plus heureux.

29 décembre. — Depuis le 2 décembre jusqu'au 11 du même mois, c'est à dire pendant neuf jours, l'urèthre fut légèrement irrité, un peu douloureux par le fait de la manœuvre indiquée, et permit néanmoins le passage assez facile d'une portion des urines. A part cette irritation, le malade fut très bien, n'éprouva aucune gêne, aucune douleur de la présence de la canule hypogastrique, et se promena tous les jours sans être fatigué.

Ce même jour, — 29 décembre, — je répétai la manœuvre faite le 2, traversai beaucoup plus facilement le rétrécissement indiqué, fus arrêté de nouveau au commencement de la portion prostatique de l'urèthre, mais n'essayai pas de franchir cet obstacle, qui me parut devoir céder très prochainement.

En explorant par le rectum, je trouvai que l'hypertrophie de la prostate avait presque entièrement disparu, ce qui était dû, très certainement, à ce que le malade n'était plus obligé de faire des efforts pour uriner.

Malgré le froid et l'humidité, M. N... alla passer une journée chez M. Salvané, à Cadaujac, et fut très peu fatigué des 24 kilomètres faits en voiture pour l'aller et le retour.

8 et 18 janvier 1839. — Ces jours-là je cautérisai le ré-

trécissement bulbaire, et laissai encore la canule hypogastrique à demeure, par précaution.

3 février. — M. N... alla de mieux en mieux, n'éprouva aucun dérangement notable des deux cautérisations faites à dix jours de distance, et n'eut plus de convulsions épileptiformes à dater du jour où la miction se fit sans efforts et sans difficultés, soit par l'hypogastre, soit par l'urèthre.

12 février. — La canule en gomme, placée à l'hypogastre par M. Lavaud, étant beaucoup trop courte, et ne plongeant conséquemment pas assez profondément dans la vessie, il en résulta que, bien qu'une assez notable quantité d'urine passât par l'urèthre, il en résulta, dis-je, que cette urine s'accumula dans la poche urinaire et la distendit, ce qui occasionna de fortes douleurs, l'irritation, la tuméfaction du col de la vessie et de la portion prostatique de l'urèthre, un renouvellement d'hypertrophie de la prostate elle-même, l'altération profonde des urines et de la fièvre.

Une nouvelle canule assez longue et convenablement placée fit cesser tous les accidents.

En présence de cette irritation, de cette tuméfaction du col de la vessie, de la portion prostatique de l'urèthre et de la prostate elle-même, je dus m'abstenir, du moins pour le moment, de pénétrer dans la vessie avec une sonde en gomme ou métallique, et ajournai toute manœuvre.

Continuation des injections, des quarts de lavements; — demi-bains à jour passé.

26 avril. — Les accidents que je viens de signaler ayant donné lieu à une récidive du rétrécissement bulbaire déjà dilaté et deux fois cautérisé, ainsi qu'à l'induration parfaitement reconnaissable de l'orifice uréthral du col de la vessie, je fis quatre incisions assez profondes sur chacune de ces coarctations, dilatai ensuite pendant un certain temps, et obtins de la sorte un tel résultat, quant au bon état de l'urè-

thre et de l'orifice uréthral du col de la vessie, que je me crus autorisé à délivrer le malade de la canule hypogastrique qu'il avait gardée pendant six mois et demi environ, c'est à dire depuis le 17 octobre 1838 jusqu'au 26 avril 1839.

M. N... urina quelque temps sans sonde, mais une hypertrophie cartilagineuse et lardacée de la prostate s'opposant à ce qu'il vidât complètement sa vessie, je lui conseillai de se sonder toutes les quatre heures, et lui montrai comment il fallait qu'il procédât pour réussir.

Il se servit d'abord de sondes en gomme; mais ces instruments étaient de si mauvaise qualité, étaient si vite altérés et on les lui faisait payer si cher, qu'il me pria de l'apprendre à se sonder avec une sonde en étain de Mayor. M. N... était parvenu à se servir très adroitement de cet instrument depuis plus de trois ans, quand, un beau jour, il se sonda comme à l'ordinaire, vida sa vessie, et éprouva de très grandes difficultés pour sortir la sonde. Lassé d'attendre, fortement impressionné de la résistance qu'il éprouva, et comptant d'ailleurs sur la solidité d'un instrument dont il se servait depuis si longtemps, il prit son courage à deux mains, arracha la sonde de vive force, la cassa, et n'amena au dehors que sa portion droite : toute la portion courbe était restée dans la vessie, et 1 centimètre 1/4 seulement dépassait l'orifice uréthral du col.

Dans une situation aussi fâcheuse, aussi compromettante, et le Dr Lavaud n'ayant aucun instrument à sa disposition pour remédier à un pareil accident, M. N..., alors âgé de quatre-vingt-un ans, mais encore vigoureux et très intelligent, craignit de perdre trop de temps en m'envoyant chercher, et fit prier M. Malivert, de Castres, de lui envoyer son tilbury avec un domestique. Ayant préjugé que la portion de sonde cassée n'était pas tout à fait dans la vessie, et qu'il pourrait l'empêcher d'y glisser tout entière en pre-

nant certaines précautions, il monta dans la petite voiture, s'y assit de façon à avoir l'un des pieds très élevé et arc-bouté contre un banc. Ainsi placé, et se courbant autant que possible en avant afin de pouvoir introduire l'indicateur de la main droite dans le rectum, il pressa vigoureusement sur la sonde d'arrière en avant, et de manière à l'empêcher de cheminer plus profondément. Donc, en plein midi, par une chaleur intolérable de la fin de juillet, dans une position très fatigante, cahoté et bousculé 20 kilomètres durant dans un tilbury mal suspendu, et obsédé d'ailleurs par de très sinistres préoccupations, ce courageux vieillard arriva chez moi, me raconta sa mésaventure, et me dit qu'il supporterait tout ce que je croirais devoir faire pour le débarrasser de sa sonde cassée avec le même calme, avec la même résolution qu'il avait eus lorsqu'il avait fallu remédier aux accidents qu'il avait éprouvés pendant les phases multiples de sa maladie des voies urinaires.

Ayant fait coucher M. N... sur le lit rectangle d'Heurteloup comme pour faire la taille ou la lithotritie, j'introduisis dans l'urèthre une grosse sonde en gomme, qui arriva très facilement sur l'instrument cassé, sonde à l'aide de laquelle je mesurai très exactement la profondeur à laquelle il faudrait pénétrer pour saisir la moitié de l'algalie demeurée dans la vessie.

Prenant alors une longue pince droite à polype, je la poussai lentement jusqu'à la sonde cassée. Arrivé là, j'introduisis l'indicateur gauche dans le rectum, pressai fortement d'arrière en avant sur le corps étranger pour le bien fixer, ouvris lentement la pince à polype, fis cheminer les branches jusqu'à 1 centimètre 1/4 environ par delà la cassure de la sonde, saisis cette sonde, cherchai inutilement à l'ébranler et à l'extraire. Mes efforts furent impuissants, car le corps que je voulais enlever était fortement étreint, retenu comme

dans un étau par les lobes cartilagineux et lardacés de la prostate.

Mon client fut d'une patience, d'une résignation, d'une impassibilité admirables, et me dit ne pas avoir souffert de mes tentatives, de mes manœuvres pendant la durée desquelles les pinces à polype avaient dérapé six fois.

Il fallut procéder autrement.

Je pris un petit brise-pierre Heurteloup d'enfant, dont les cuillers étaient plates et chagrinése, l'introduisis dans l'urèthre, et le poussai jusqu'à la sonde cassée où je sentis le contact métallique des deux instruments. Arrivé là, j'écartai les deux branches du lithoclaste de quelques millimètres, tenant leur bec dirigé vers le pubis, puis les engageai à 1 centimètre de profondeur environ, l'une en avant, l'autre en arrière. Quand cette manœuvre me permit de croire que je pourrais étreindre l'instrument dans les mors chagrinés du brise-pierre, je serrai fortement ces mors l'un contre l'autre, les maintins ainsi en prenant l'instrument à pleines mains, tirai à moi lentement, sans brusquerie, mais vigoureusement et pendant assez longtemps, sans réussir même à ébranler la sonde, que la prostate retenait comme dans un étau, ai-je déjà dit. Après trois manœuvres recommencées de la même façon, l'étreinte prostatique céda un peu, puis davantage, puis tout à fait, et la sonde cassée fut extraite sans accident aucun.

Après deux heures de repos dans mon cabinet, M. N... voulut absolument revenir chez lui en tilbury, ce qui était fort imprudent. Quoi qu'il en fût, tout alla on ne peut mieux, et le courageux vieillard n'eut qu'à se féliciter de la très hardie, mais très périlleuse détermination qu'il avait prise.

RHUMATISME DU DIAPHRAGME,

ses signes pathognomoniques et son traitement;

par le Dr NESBIT-CHAPMAN, professeur d'obstétrique dans l'hôpital *Long Island College.*

La rareté du rhumatisme du diaphragme et l'absence d'une description précise de ses symptômes par le peu d'écrivains qui s'en sont occupés, m'engage à donner ce que mon expérience sur ma *propre personne* m'a offert au sujet de la plus douloureuse et formidable des maladies.

Avant cette attaque, ma santé générale était bonne, excepté quelques furoncles que j'avais eus à différentes époques, de légères douleurs rhumatismales vers les muscles de l'épine, et une augmentation de sécrétion hépatique que traduisaient une teinte ictérique de la conjonctive, de la peau, avec quelques taches légèrement verdâtres. Je n'avais jamais éprouvé de véritable rhumatisme, mais seulement quelques légères atteintes.

Dans l'après-midi du 20 octobre 1863, j'étais dans une voiture de louage qui avait de si mauvais ressorts, que toutes les fois que les roues rencontraient un obstacle il en résultait un cahot.

A la suite de plusieurs de ces violentes secousses, j'éprouvai une sensation douloureuse dans la partie inférieure de la poitrine du côté droit, qui, s'étendant vers la clavicule, semblait se répandre vers le bas comme par un mouvement d'ondulation.

Les douleurs, qu'aggravait le moindre mouvement, devinrent plus violentes vers le soir. Craignant les fâcheuses suites de la localisation du mal, j'eus la précaution, avant de me coucher, de prendre un bain de pied sinapisé; je pris 8 grains de poudre de Dower, et je me munis de quelques pillules de morphine.—Dès les premières heures de

la nuit, la douleur, en s'étendant, augmentait encore d'intensité, empêchait mon sommeil, et ne me laissait aucune position. Vers minuit, les mêmes sensations se faisaient sentir, et s'étendaient vers l'épine le long du diaphragme. La position couchée ne pouvait être tolérée, et à chaque instant la respiration devenait plus difficile et accompagnée des plus vives souffrances. A quatre heures, les efforts pour respirer étaient déchirants et presque insupportables.

La respiration avait lieu, mais imparfaitement, par les côtes supérieures; la poitrine était dilatée dans une grande inspiration par les contractions spasmodiques du diaphragme, et j'éprouvais une sensation, comme si un grand nombre de fils de fer, s'étendant de la marge des côtes vers l'épine, était tendus à l'extrémité par une clef. La partie inférieure de la poitrine était fixée dans l'immobilité, et les parois abdominales étaient tendues, dures comme du bois. — En outre de la poudre de Dower, j'avais pris, sans aucun succès, 5 centigrammes de morphine par doses fractionnées. Et maintenant, comme je sentais que ma tête s'égarait rapidement par l'effort de la respiration et la douleur qu'elle me causait, je pensai qu'il était temps d'avoir un secours plus efficace, une tête plus libre et plus propre à tenir le gouvernail dans cette terrible tempête. Je me mis avec confiance dans les mains de mon collègue, le professeur Gilfillan, avec la certitude que tout ce qui me serait nécessaire serait habilement accompli. Le docteur arriva un peu avant cinq heures. Je lui dis que, par le lieu où se passait la douleur et les symptômes qui l'accompagnaient, je pensais que ma maladie était un rhumatisme du diaphragme, et que, à moins de recourir à de plus fortes doses pour vaincre ce spasme déchirant, il ne pourrait qu'y avoir danger d'une congestion vers le cœur ou les poumons.

Mon collègue adopta mon diagnostic, et resta auprès de

moi jusqu'à ce que mon mal eut cédé. Il me donna 50 centigrammes de calomel, un quart de grain de morphine chaque heure, une cuillerée à thé de liqueur anodine d'Hoffmann mêlée à 10 gouttes de chloroforme chaque demi-heure, et il me fit appliquer de forts sinapismes sur le siége de la douleur. Après avoir employé quelque temps ces prescriptions, dont chaque dose semblait atteindre les points de constriction spasmodique, je commençai à éprouver un soulagement, qui, au bout de trois heures, fut si marqué, que je perdis peu à peu connaissance et tombai dans un sommeil vague *(fitful)*, résultat trop direct et trop prompt pour être attribué à la morphine, dont, au reste, je n'avais pris au plus qu'un demi-grain. Soutenu par un coussin, dans la position assise, je pouvais maintenant respirer aisément, sans amener de spasmes; mais toujours les côtes inférieures étaient aussi immobiles et fixes, et les muscles abdominaux aussi tendus que jamais, et chaque tentative pour respirer plus profondément était empêchée par la même sensation douloureuse que j'éprouvais auparavant.

Dans l'après-midi, lorsque je pus supporter un plus minutieux examen, on trouva que le murmure vésiculaire était à peine appréciable dans les parties inférieures du poumon, et qu'il existait un léger bruit de frottement sur le cœur.

Dans la soirée, comme j'essayai d'uriner pour la première fois, après plusieurs heures, j'éprouvai une certaine difficulté par l'impassibilité de pousser vers le bas, et, durant la nuit, j'éprouvai le même embarras pour aller à la selle. L'urine était expulsée lentement par les seules contractions vésicales, les fèces par celles de l'intestin.

Le second jour, le spasme du diaphragme était relâché, l'air pénétrait plus aisément à la base du poumon, et les côtes se mouvaient plus facilement pour la respiration. Le bruit de frottement du cœur avait disparu, ainsi que la ten-

sion des régions épigastrique et hypocondriaque; mais je devais encore garder la même position dans mon lit. J'avais à peine plus d'aisance pour la miction et la défécation ; je ne pouvais faire une inspiration profonde, et j'étais haletant au plus léger mouvement. Je ne pouvais bâiller ni éternuer, et ma voix était très faible. Je fus sept jours avant de pouvoir me coucher de l'un et l'autre côté, huit avant de pouvoir dormir sur un coussin, et dix avant que je ne pusse respirer profondément sans exciter de la douleur et un sentiment de constriction. Au bout d'une semaine, je commençai à m'asseoir; mais ma faiblesse était grande, ma respiration était précipitée en marchant dans ma chambre, ou même dans les mouvements pour m'habiller; ma voix était faible comme par relâchement des cordes vocales, rauque et presque aphone, si je conversais avec un ami. La faiblesse de ma vue était si prononcée, qu'en lisant pendant quelques minutes, les lettres dansaient, étaient confuses et formaient une masse indistincte. Ces symptômes s'apaisèrent graduellement, et n'existaient presque plus au bout de deux semaines; mais encore quelque temps après, la promenade ou un exercice musculaire quelconque hâtait ma respiration et m'occasionnait une sensation d'épuisement pareil à celui qu'éprouvent les malades anémiques. J'avais un dégoût pour les aliments, et le colombo et le quinquina étaient impuissants à rétablir le ton de l'estomac. Il semble étonnant que ces moyens, ordinairement si efficaces dans des cas pareils, aient totalement manqué d'action. Je les cessai donc, et je pris tous les jours, à dîner, un petit verre de liqueur de Bourbon *(Bourbon Wkiskey)*. Ce moyen eut non seulement un effet immédiat et bien marqué pour restaurer mon appétit et les fonctions de l'estomac, mais aussi pour éveiller mon énergie et stimuler les centres nerveux. Le changement instantané fut remarquable et rétablit complètement ma santé, qui depuis a été excellente.

Réflexions. — Il pourra sembler impossible qu'il existe une contraction spasmodique du diaphragme, quelque limitée que soit sa durée, parce qu'il s'en suivrait nécessairement une inspiration forcée, et que l'expiration ne saurait avoir lieu. Il est certain que cet état ne pourrait durer longtemps sans amener un obstacle à la circulation, et causer une congestion fatale des poumons et des cavités du cœur. Mais pour le fait actuel, j'ai eu la démonstration la plus douloureuse, un argument *ad hominem.* L'état de dilatation des poumons, l'absence du bruit vésiculaire à la base de la poitrine, la respiration effectuée exclusivement par les mouvements des côtes supérieures, la difficulté du bâillement et de l'éternument, la tension des parois abdominales, le manque de puissance pour pousser en bas et aider à l'expulsion de l'urine et des féces, enfin une sorte d'obstacle à la circulation : tout cela constitue, à mon avis, une série de symptômes pathognomoniques de cette maladie. Et si j'ajoute l'élancement, la propagation de la douleur de l'épine aux marges des côtes, à chaque mouvement d'inspiration, le diagnostic devient certain, et le seul doute qui pourrait s'élever serait sur la nature du spasme.

Dans le cas présent, on ne peut dire positivement s'il y a eu simplement une contraction tonique du diaphragme, suite de la violence que j'ai éprouvée, ou un état spasmodique excité par le cahot et tenant à une diathèse rhumatismale. En adoptant cette dernière opinion, je puis dire que mes sensations m'ont parfaitement fait apprécier la place exacte de la maladie. La cause était un état d'engorgement du foie, qui, par sa pesanteur augmentée par la succussion de la voiture, tendait les fibres du diaphragme, et excita l'inflammation rhumatismale dont la prédisposition existait depuis quelque temps dans mon organisme, comme il devient évident par la raideur des muscles de l'épine.

Le D[r] Gilfillan me cita un cas analogue qu'il avait vu étant étudiant. Une femme, souffrant d'une attaque de rhumatisme, fut saisie soudainement des symptômes que je viens d'énoncer. Cette affection fut alors, pour lui, parfaitement inexplicable; cependant de fortes doses de morphine triomphèrent de la douleur au bout de quelques heures, et la malade guérit parfaitement.

De la rétinite pigmentaire.

Résumé d'une leçon faite au Dispensaire du docteur Guépin, par M. le docteur Liebreich;

par MM. DEGOS aîné et LAMOURDEDIEU.

L'affection spéciale, improprement nommée *rétinite pigmentaire,* est une maladie caractérisée par un rétrécissement du champ visuel, concordant avec une atrophie plus ou moins marquée de la papille du nerf optique, et la présence de dépôts pigmentaires dans la choroïde.

En effet, lorsque l'on examine à l'ophthalmoscope des yeux atteints de cette affection, on remarque une infiltration très fine et souvent très difficile à voir dans la rétine. — Dans la choroïde, les cellules colorées de la couche superficielle sont augmentées de volume, leurs angles mieux indiqués, leur pigment plus foncé, tandis que sur d'autres points le pigment de cette même couche a complètement disparu.

A travers le tissu cellulaire décoloré, on voit la rétine adhérente à des paquets de vaisseaux choroïdiens, autour desquels le pigment de la couche profonde semble former des invaginations.

Au pôle postérieur de l'œil, autour de la tache jaune et de

la pupille, il existe une zone parsemée de taches noires en forme d'étoiles.

De forme toute spéciale, ces taches fixent d'abord l'attention de l'observateur; mais ce n'est pas là le symptôme le plus important de cette affection.

On voit, en effet, une atrophie plus ou moins prononcée du nerf optique, atrophie accompagnant la formation des taches choroïdiennes et se traduisant symptomatiquement par la diminution progressive du champ visuel. La papille est blanchâtre, avec des veines de calibre normal, tandis que les artères ont considérablement diminué de volume.

Cette atrophie du nerf optique, qui augmente chaque jour, devient telle, que, vers l'âge de vingt à trente ans, les malades ont le champ visuel considérablement rétréci; aussi leur devient-il impossible de voir distinctement les objets, si ce n'est à une vive lumière. A un degré encore plus avancé de la maladie, les individus se heurtent à chaque pas et ne peuvent se conduire seuls dans la rue. Il leur devient nécessaire de mettre les objets en rapport direct avec le centre de la *macula,* et pour y arriver ils ajoutent aux mouvements oculaires un mouvement particulier du cou, auquel je les reconnais de loin.

La vision centrale, au contraire, est souvent assez bien conservée pour qu'il leur soit possible de lire des caractères même assez fins.

Ayant appris d'une personne atteinte de rétinite pigmentaire, que son père et sa mère étaient cousins-germains, j'entrepris de rechercher s'il n'existait pas aussi une consanguinité entre les parents d'autres sujets affectés de cette même maladie. Dans près de la moitié des cas, je suis arrivé à cette constatation.

On a rattaché, comme vous le savez, à la consanguinité des parents, les affections mentales, le crétinisme, les diffor-

mités congéniales, la surdi-mutité, etc., etc. En présence de ces faits, il devenait extrêmement intéressant de rechercher si des individus atteints de surdi-mutité n'étaient pas plus que d'autres exposés à la rétinite pigmentaire.

Je visitai à cet effet les asiles de Dresde, de Breslau, de Berlin, et je constatai, dans cette dernière ville, que sur 241 sourds-muets 14 présentaient la pigmentation de la rétine.

Sur ces 14 malades, 5 étaient frères ou sœurs, et atteints de rétinite pigmentaire; 4 autres appartenaient à une deuxième famille placée dans les mêmes conditions; 2 autres à une troisième; enfin, 3 seulement appartenaient à des familles distinctes.

Pour conclure, j'ajouterai que la rétinite pigmentaire est d'autant plus fréquente chez les sourds-muets, qu'elle est extrêmement rare chez les individus sains; et ce qui frappe le plus, c'est que ces maladies, la surdi-mutité et la pigmentation rétinienne, attaquent à la fois de préférence les sujets, parmi les enfants, issus de mariages consanguins.

PHARMACIE.

Fumigations antiasthmatiques au moyen des feuilles imbibées de nitrate de potasse;

par M. GUYOT-DENNECY.

L'emploi du papier nitré, si généralement conseillé aujourd'hui contre l'asthme, provoque, de la part des malades qui en font usage, des plaintes parfaitement fondées. Les produits pyrogènes auxquels une combustion imparfaite donne naissance sont entraînés par l'air qui pénètre dans les bronches par la bouche et le nez, irritent la membrane pituitaire, et provo-

quent la toux, l'éternument et le larmoiement. Ces inconvénients obligent beaucoup de malades à suspendre et même à abandonner les fumigations. J'ai vainement employé toute espèce de papier d'un tissu peu serré, dans le but de rendre la combustion plus rapide et plus complète; mais tous ces essais ne m'ont fourni que des résultats négatifs. Voulant néanmoins répondre aux exigences légitimes d'un grand nombre de malades, j'imaginai le procédé suivant, que je soumets à l'appréciation des praticiens. Ce procédé consiste à saturer par imbibition d'une solution de nitrate de potasse à 10 0/0, des feuilles fraîches de belladone, de nicotiane, de digitale, de molène, de bourrache, de consoude, ou de toute autre espèce médicale, pourvu qu'elles soient larges et épaisses. Il suffit pour cela de plonger leur pétiole dans la solution saline, et de les y laisser vingt-quatre heures; c'est comme l'ancien procédé Boucherie pour l'injection des bois. Après ce temps écoulé, la solution saline a complètement imbibé le tissu végétal; les feuilles sont alors séchées à l'étuve. Ainsi saturées de nitrate de potasse, elles brûlent d'une manière parfaite; le parenchyme, lâche et très perméable à l'air, favorise la combustion de la petite quantité d'huile pyrogénée à mesure qu'elle se forme, et la fumée qui en résulte n'offre aucun des inconvénients de celle que produit la combustion du papier; les malades les plus susceptibles n'en sont nullement fatigués.

Au nombre des plantes employées pour mes expériences, les feuilles tomenteuses, du bouillon blanc de la digitale et des borraginées, m'ont paru donner les résultats les plus satisfaisants.

Les feuilles des solanées conservent-elles leurs propriétés narcotiques pendant la combustion, lorsqu'elles sont ainsi imprégnées de nitre? C'est ce que l'expérience clinique devra décider.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte,

rédigé par

Bernutz, Bœckel, Buignet, Cusco, Denucé, Desnos, Désormeaux, Devilliers, Alf. Fournier, H. Gintrac, Giraldès, Gosselin, Alph. Guérin, A. Hardy, Hirtz, Jaccoud; Kœberlé, S. Laugier, Liebreich, P. Lorain, Marcé, A. Nélaton, Oré, Panas, V.-A. Racle, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Stoltz, A Tardieu, S. Tarnier, Trousseau.

Directeur de la rédaction : le docteur JACCOUD.

Pour donner une idée de l'importance et de la valeur d'une telle publication, nous faisons connaître les noms de ceux qui doivent y contribuer. — Il faut bien qu'une pareille œuvre ait son opportunité pour qu'en même temps, et comme parallèlement, un *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* voie aussi le jour; et les directeurs ont aussi trouvé des collaborateurs qui leur assurent le succès.

Il est bien vrai que les acquisitions qu'a faites la science médicale, depuis les anciens dictionnaires, invitaient à en faire un nouvel inventaire, et que jamais une époque plus favorable ne pouvait se présenter.

Le fragment (c'est un 12e) qui est sous nos yeux, fait juger déjà de ce que sera l'ensemble, si les promesses de M. Jaccoud peuvent être tenues. — Et, d'abord, il ne veut pas que les investigations scientifiques soient restreintes dans les limites étroites des circonscriptions nationales; car aujourd'hui la science est cosmopolite. — La littérature allemande, anglaise, etc , etc., ne se lit plus dans des traductions; et le nom de quelques collaborateurs nous assure d'ailleurs, qu'au moins pour les travaux allemands, et ce ne sont pas les moins importants, les textes ont été consultés.

Tout en reconnaissant que d'importantes découvertes ont agrandi le champ de l'observation, que les progrès de la physio-

logie et de la chimie animales ont porté la lumière sur des points obscurs, M. Jaccoud ne veut pas, qu'enorgueillis par la puissance des nouvelles méthodes d'investigation, on aille jusqu'à croire que l'enseignement traditionnel soit désormais inutile. Il ne veut pas que, parce que l'observation est devenue plus exacte et plus positive, on proclame la solidarité indissoluble de la science positive et de la philosophie positive; qu'on puisse affirmer une relation nécessaire et constante entre les progrès de la médecine et la propagation du matérialisme, et qu'on fasse confusion enfin entre la science positive et la philosophie positive. Il s'est proposé de combattre cette erreur : « Pour l'atteindre plus sûrement, dit-il, nous substituerons aux raisonnements et aux discussions scolastiques une démonstration en actes; nous tiendrons compte, dans une égale mesure, et des leçons immuables de l'antiquité, et des progrès réels de notre époque; et nous montrerons ainsi, que la science médicale contemporaine ne constitue qu'une période dans l'évolution générale de la médecine, et que ces deux phases distinctes d'une même histoire, la phase antique et la phase moderne, bien loin d'être incompatibles, doivent de toute nécessité se compléter l'une l'autre, et se prêter un mutuel et constant appui. Nous inspirant d'ailleurs de l'idée hippocratique, nous réussirons peut-être à montrer en même temps, que le spiritualisme n'est point seulement la philosophie d'une science immobilisée et contemplative, et que cette doctrine féconde, qui a place pour tous les progrès, se concilie d'elle-même avec toutes les conquêtes de la médecine contemporaine. »

Magnifique projet dont on ne peut que désirer l'accomplissement, mais dont il faut reconnaître la difficulté.

Peut on déjà, dans le premier volume, trouver des traces d'une tentative à cet égard? — Nous ne l'avons pas seulement parcouru, ce volume, mais nous l'avons lu avec beaucoup d'attention, et nous n'y avons rien trouvé qui nous rappelât ces prétentions. — Peut-être n'était-ce pas encore le cas.

Quoi qu'il en soit, un dictionnaire est éminemment une œuvre d'analyse, et c'est peut-être un peu ambitieux de vouloir le rame-

ner à la synthèse, — quelque entente qu'il puisse y avoir entre les collaborateurs.

Je disais que j'ai lu avec attention les deux parties qui forment le premier volume; je puis dire que ça été aussi avec fruit et un vif intérêt. La plupart des articles m'ont paru complets et parfaitement à la hauteur de tout ce qu'on peut désirer. Je ne connais pas encore l'autre dictionnaire; mais, pour les mêmes articles, on pourra faire tout aussi bien, peut-être leur donnera-t-on plus d'étendue, mais ils ne seront pas mieux remplis. — Et, par exemple, pour le premier article, Abcès, certes nous pouvons prévoir que M. Denonvilliers a dû le traiter avec une science et une autorité consommées; mais peut-il y avoir plus que dans celui de M. Laugier? — L'auteur en a fait une véritable monographie; et l'on ne saurait que l'approuver d'y avoir fait rentrer l'histoire des abcès par congestion. Aussi, ne contient-il pas moins de 55 pages d'impression in-8°, large justification.

Nous pourrions en dire tout autant de l'article qui vient immédiatement après, l'article Abdomen. Avec le double d'étendue, il embrasse l'*anatomie chirurgicale*, la *physiologie*, les *anomalies*, et la *pathologie chirurgicale*, qui y sont traitées d'une manière très convenable et en véritable professeur de clinique, par notre confrère Denucé. — Mais nous avons peine à comprendre pourquoi cet article a été coupé dans son milieu par des considérations médicales de *séméiologie* et de *pathologie médicale*, excellent article d'ailleurs de M. G. Bernutz; et pourquoi encore, dans ce dernier, on a admis les *phlegmons* et les *hernies graisseuses*. — On est tout étonné de trouver un article médical entre l'*anatomie chirurgicale* et la *pathologie chirurgicale*.

Cela n'ôte rien toutefois à la valeur de cette exposition, qui ne comprend pas moins de 135 pages pour ces deux articles, le tiers environ du premier fascicule.

Dans le second se trouve, sous le mot Albuminerie, la dissertation la plus complète sur la matière, sauf qu'il nous a semblé que l'auteur avait eu tort d'en séparer la maladie de Brigth. — S'il y a une lésion rénale, n'est-ce pas surtout à la faveur de l'albuminerie que l'on va à sa découverte? Nous comprenons

pourtant qu'on ait voulu en faire un artiele à part. — Mais, après cette réserve, il est difficile de ne pas demeurer on ne peut plus satisfait de tout ce que M. Jaccoud, l'auteur de l'article, y a déployé de savoir, de critique et d'érudition. — L'examen des *causes et conditions pathogéniques* lui a fait admettre 4 groupes d'albuminerie : A. *par modification dans les conditions méconnues de la circulation rénale ;* A. *par altération du sang ;* A. *par altération du sang, avec lésions rénales ;* enfin, A. *par lésion rénales.* Et la question ainsi posée, il l'a successivement élucidée. — Dans ce qu'il dit de l'albuminerie par altération du sang, cette classe qu'il avait essayé de constituer, nous avons remarqué une grande concession, en apparence ; parce que les recherches d'histologie pathologique révélaient l'existence de lésions rénales dans un grand nombre de cas où elles n'avaient point encore été constatées ; — il va presque jusqu'à croire que ces lumières continuant, il n'y aurait plus lieu d'admettre des albumineries par altération du sang. Mais il établit de plus en plus, ce nous semble, le groupe menacé d'extinction ; et, au reste, il lui ménage un refuge dans le second groupe, créé tout exprès : l'*Albuminerie par altération du sang avec lésions rénales.*

Nous croyons que cet article fera époque dans l'histoire de cette maladie, et qu'il constitue un des meilleurs du deuxième fascicule.

Parmi ceux qui font encore la richesse du premier volume, nous signalerions en particulier l'article que nous oserions dire *ex professo* de M. F. Stoltz, Accouchement, — envisagé d'abord comme *naturel :* physiologie, obstétrique et hygiène ; — puis accouchement *prématuré, spontané, artificiel.* — Aussi contient-il près de 90 pages, et il est suivi par des considérations de médecine légale, relative aux accouchements, qui complètent ce travail, par le Dr Paul Lorain. — L'article Acné, fourni par M. Hardy, nous paraît aussi mériter la plus grande attention : il est traité avec une autorité magistrale, et on y reconnaît bien un médecin de l'hôpital Saint-Louis.

En s'occupant d'un dictionnaire, on ne peut guère que men-

tionner des articles isolés, et ce premier volume en contient un certain nombre, bien dignes de captiver l'attention. — Ainsi, en physiologie, le mot ABSORPTION a fourni à M. Paul Bert l'occasion de montrer une grande science. Peut-être a-t-il un peu trop accordé aux conditions *physico-chimiques de l'absorption*, sur lesquelles il a même appuyé les *circonstances générales et locales qui influent sur l'absorption*. — Ainsi, est-il bien vrai que l'*absorption résulte de la mise en jeu de propriétés physico-chimiques des éléments et des tissus*, et qu'*elle est indépendante dans son essence du système nerveux?* N'est-ce pas méconnaître et nier la part qui doit ici, comme dans tous les actes de l'organisme, être attribuée à la force vitale? — Il est vrai que M. Bert ne semble pas croire tout à fait à la proposition que nous venons de citer, puisqu'il dit quelques lignes plus haut : « En un mot, dans l'absorption comme dans tous les phénomènes physiologiques, les modifications apportées par les influences d'ordre physique ne viennent jamais qu'au second rang; » et ailleurs : « L'action du système nerveux, en changeant les circonstances de la circulation et quelques autres, ne saurait être sans influence sur les modalités de l'absorption; » et qu'il reconnaît enfin, avec Longet, que « la suppression de l'excitation nerveuse ralentit l'absorption. »

Somme toute, cet article sera lu avec fruit, car il expose avec une grande clarté tout ce qui se rapporte à cette fonction; et nous disons, nous, cette fonction, bien que M. Bert dise que « ce n'est pas une fonction dans le vrai sens du mot, puisqu'elle n'a pas d'appareil qui lui corresponde, et qu'elle appartient à toutes les parties vivantes. »

Nous devons signaler tout particulièrement un article assez court, mais traité avec une sagesse et à un point de vue doctrinal si bien établi, qu'il accuse dans son auteur un véritable professeur de clinique médicale : c'est M. Hirtz qui a écrit l'article ALCALIS. — Il s'élève avec tant de raison contre l'idée chimique qui a présidé aux divers emplois thérapeutiques des alcalis, que nous recommandons particulièrement les quelques pages qu'il a consacrées à la thérapeutique.

Au reste, nous avons remarqué le même esprit judicieux dans plusieurs articles du même auteur, tels que : *Absorbants, Acides* et *Acidules, Aconit, Alcool,* — thérapeutique, — c'est à dire *Boissons alcooliques, Vin.*

Une véritable monographie (70 pages) a été écrite par M. Alfred Fournier, sous le mot ALCOOLISME. La question y est traitée à tous les points de vue : *l'absorption de l'alcool,* les modifications qu'il subit dans l'organisme, son rôle dans la nutrition. Mais c'est surtout par son *Étude clinique* que cet article se fait remarquer. Bien que cause unique, l'alcool produit des effets morbides très divers. De là, une classification naturelle : *effets immédiats* ou *à longue échéance,* intoxication aiguë, alcoolisme chronique. Et puis, n'y a-t-il pas lieu de considérer cette action dans les différents systèmes organiques? Pour le système nerveux : troubles de la motilité, tremblement, chorée des ivrognes, épilepsie alcoolique; troubles de la sensibilité; et là, que de nuances! Troubles de l'intelligence : que de variétés encore! Tout a été étudié par M. Fournier avec un soin scrupuleux, et nous dirons avec succès. — Il en est de même pour les effets morbides sur les systèmes de la vie organique, digestif, respiratoire, circulatoire. Et puisque nous disons l'étude clinique importante, elle ne le serait pas si l'auteur n'avait aussi éclairé le *pronostic* et le *traitement.* — Il contient enfin ce qu'on sait de mieux des principales applications médico-légales qui ressortent de l'alcoolisme.

Enfin, l'article ALIMENTS, ALIMENTATION, dû à notre confrère et collègue M. Oré, doit être aussi remarqué. Après qu'il en a réfuté quelques autres, nous aimons la définition qu'il donne de l'aliment, bien qu'un peu longue. « Nous définirons l'aliment, dit-il, toute substance, solide ou liquide, qui, après avoir subi, dans l'appareil digestif, l'influence modificatrice des différents sucs avec lesquels elle se trouve en contact, devient apte à réparer les pertes de l'organisme, et concourt ainsi à son entretien et à son développement. »

Dans le coup d'œil qu'il jette sur les aliments d'origine inorganique, on ne peut qu'approuver ce qu'il dit du sel marin; mais peut-on aussi facilement souscrire à la proscription qu'il semble

vouloir faire du fer? Ne s'est-il pas laissé un peu trop conduire par les théories chimiques? Et de ce que le sang ne contient que peu de fer, faut-il conclure qu'on n'en peut donner? Ce n'est pas pour saturer de fer le sang qu'on le prescrit. Et que de guérisons d'états chlorotiques ou chloro-anémiques ne lui devons-nous pas! Nous ne dirions pas donc, avec notre jeune confrère : « Je crois que le moment n'est peut-être pas éloigné où l'on reconnaîtra que le fer rend plus d'estomacs malades qu'il ne guérit de chloroses. »

Tout ce que dit M. Oré des aliments d'origine organique, soit aliments azotés du régime animal ou végétal, soit aliments non azotés aussi des deux règnes, y est savamment exposé, ainsi que leur rôle dans la nutrition, leur digestibilité, et les expériences dont on les a déduits. L'appréciation de chaque aliment en particulier ne laisse rien à désirer. Le régime alimentaire y est éclairé par une infinité de détails. Mais quelque chaleur qu'il ait mis à soutenir la thèse de l'hippophagie, bien qu'il ait prouvé que la viande de cheval n'est ni insalubre ni répugnante, sera-t-il plus heureux qu'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, et tant d'autres, pour en faire adopter l'usage?

Cet acticle est un de ceux où l'on puisera les notions les plus positives sur la matière.

Il est bien encore quelque article qui pourrait attirer notre attention : ainsi l'article *Accommodation*, de M. Liebreich, qui représente surtout l'ophthalmologie allemande. Mais ce que nous venons de dire suffira, nous l'espérons, pour établir la valeur de cette importante publication; et l'ouvrage une fois accompli, il pourra presque faire la bibliothèque de plus d'un modeste praticien.

Nous n'aurions pas tout dit cependant, si nous ne signalions une partie fort riche : la Bibliographie. On en trouve rarement une plus abondante que celle qu'offrent certains articles de cet ouvrage. — Ne serait-ce pas le cas peut-être de dire ici : L'excès, en tout, est un défaut? Et par exemple, après l'article *Albuminerie*, M. Jaccoud n'a pas mentionné moins de 289 ouvrages sur la matière. Ne serait-il pas préférable de trouver une appréciation

judicieuse sur ceux qui mériteraient le plus d'être consultés, et de s'abstenir d'en citer un certain nombre qui ne font que se répéter ou qui méritent à peine d'être rappelés? — Un des mérites de la Bibliographie qui accompagnait le grand Dictionnaire des Sciences médicales, était les notes critiques que Vaidy et Chaumeton y avaient ajoutées; mais pour finir encore par un dicton, dont je prie qu'on me pardonne la trivialité : *Ce qui abonde ne nuit pas.* C.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Sur la cessation de la céphalalgie fébrile par la compression des artères temporales. Suivantle docteur Guyon, la céphalalgie cesse immédiatement par la compression des artères temporales. C'est ce que l'auteur a constaté dans la fièvre jaune d'abord, puis dans les autres maladies fébriles. Cette compression, comme agent thérapeutique, lui paraît surtout appliquable à la fièvre jaune, où la céphalalgie constitue, avec les douleurs lombaires, le symptôme qui fait le plus souffrir les malades, et auquel, par conséquent, il importe le plus de remédier. On n'y recourait que dans les redoublements ou exacerbations fébriles, c'est à dire alors que la céphalagie avait acquis le plus d'intensité, et elle ne devait être portée, si c'était possible, que *juste* au point de réduire la colonne de sang à son volume normal,

Le moyen ou agent compressif le plus convenable pour la compression dont il s'agit serait une lame d'acier courbée en demi-cercle et munie à ses extrémités d'une pelote de la contexture de celle usitée pour contenir les tumeurs herniaires.

L'auteur rappelle que la compression des temporales, coïncidant avec celles des veines du bras, était usitée du temps d'Hippocrate contre l'épistaxis. Il rappelle encore à cette occasion que la cautérisation des mêmes vaisseaux, ainsi que celle d'autres vaisseaux encore de la surface du crâne, était également usitée du temps d'Hippocrate. Il ajoute que cette cautérisation était aussi en usage chez les Romains et même chez nos ancêtres les Gaulois, et il cite ce qu'en dit A. C. Celse (liv. VII., chap. VII). Il fait remarquer que la même opération, pratiquée avec de la laine grasse de brebis, se trouve mentionnée dans nos premiers documents

historiques, et il rapporte sur ce sujet le passage d'Hérodote *(Melpomène,* liv. IV), où il est dit que, parmi les Lybiens nomades, quelques-uns étaient dans l'usage de brûler aux enfants, dès qu'ils avaient atteint l'âge de quatorze ans, les vaisseaux du sommet de la tête et même ceux des tempes. L'auteur termine en rappelant encore la ligature des artères superficielles de la tête, mise en pratique par Harvey, ainsi que les succès qu'il assurait en avoir obtenus dans des céphalalgies anciennes et qui avaient résisté à toutes les autres médications.

(Revue des Sociétés savantes, juin 1864.*)*

Electuaire composé, ayant pour excipient l'huile de foie de morue. — M. Cazeneuve parle de l'utilité de l'huile de foie de morue dans plusieurs états morbides, et de la difficulté qu'on rencontre quelquefois à la faire prendre : soit dégoût, soit difficulté de digestion, ce médicament est souvent refusé, ou mal supporté.

Enfin, dans les cas assez fréquents, il paraît utile d'associer plusieurs substances, et l'on obtient ainsi une amélioration vainement demandée à l'huile de foie de morue seule.

Voici la composition de l'électuaire que M. Cazeneuve a souvent employé depuis deux ans.

Sous-carbonate de fer...............	25 grammes.
Gomme arabique....................	25
Poudre de charbon végétal...........	25
Poudre de gentiane..................	8
Poudre de valériane.................	8

Huile de foie de morue Q. S. pour un électuaire.

On peut augmenter, diminuer, ou supprimer l'une des substances, selon les indications.

La dose à prendre est, matin et soir, un bol du volume d'une petite noisette. On entoure le bol avec le pain azyme.

(Bul. méd. du nord de la France.)

De la ligature extemporanée, pratiquée à l'aide de moyens très simples. — Nous avons bien des fois déjà appelé l'attention sur les beaux résultats de l'écrasement linéaire ou de la ligature extemporanée. Le nom ne fait rien au mérite de la méthode ; et si nous parlons aujourd'hui de la ligature extemporanée, ce n'est point pour la comparer à l'écrasement linéaire, puisqu'à nos yeux c'est tout un. Mais il y a dans les moyens constricteurs qu'emploie M. Maisonneuve une simplicité qui

leur donne un certain avantage sur l'écraseur à chaîne, si puissant d'ailleurs, de M. Chassaignac : c'est qu'on peut les improviser partout, et qu'à la rigueur ils dispensent de l'acquisition d'un instrument coûteux. Dans les cas aussi où le champ de la manœuvre est limité, comme dans ceux de polype de l'oreille, de ptérygion, de mille petites excroissances pédiculées des organes génitaux ou autres, etc., l'emploi d'un fil de fer, d'argent, de soie ou de chanvre est plus facile à diriger que celui d'une chaîne complètement rigide dans le sens transversal, et qui ne se prête guère à la constriction de tumeurs situées sur des surfaces inégales ou dans d'étroites cavités. Nous savons, il est vrai, que M. Mathieu et M. Luër ont fait de très petits écraseurs construits sur le modèle du grand, et qui sont d'élégants instruments de trousse; mais tout le monde ne les a pas, et il est bon que les praticiens les plus modestes fassent bénéficier leurs malades des précieux avantages d'une méthode dont le principe est ancien, mais dont l'application régulière est moderne et sera l'éternel honneur de M. Chassaignac.

D'abord M. Maisonneuve fait remarquer que dans quelques circonstances la main du chirurgien suffit, à l'exclusion de tout instrument, pour exercer la constriction de la ligature. Après la main, vient le fil métallique, qu'on peut tordre sur lui-même avec des pinces; des végétations, de petits polypes, peuvent être coupés ainsi avec le simple fil d'argent que la chirurgie applique si heureusement aujourd'hui aux sutures. Mais, en général, il est nécessaire de remplacer ces moyens primitifs par un mécanisme quelconque. Les principaux instruments imaginés dans ce but sont le serre-nœud, simple tube métallique dans lequel on engage les deux chefs de la ligature, et dont une des extrémités concourt, avec l'anse du fil, à écraser les tissus pendant qu'on exerce au delà de l'autre extrémité des tractions sur les deux chefs de ce fil. Dans beaucoup de cas, une algalie de femme, privée de son embout, remplira suffisamment ce rôle. On y ajoute un tourniquet ou treuil sur lequel les deux bouts de la ligature, venant à s'enrouler, attirent avec force l'anse de celle-ci vers l'extrémité du serre-nœud. Si l'on est en mesure de faire mieux, on se sert du serre-nœud de Græfe, lequel est constitué par un tube métallique dans lequel tourne une vis munie d'un curseur sur lequel est fixée la ligature, et qui, en s'éloignaut de l'anneau terminal, entraîne l'anse dans l'intérieur du tube, en écrasant contre l'anneau les tissus qu'elle embrasse.

L'instrument que M. Maisonneuve désigne sous le nom de *serre-nœud de trousse*, et dont il se sert principalement pour amputer les polypes du nez et de l'oreille, pour resequer la luette, extirper des hémorrhoïdes, pratiquer l'opération de la fistule à l'anus, et enlever des tumeurs pédiculées de tout genre, ne diffère du serre-nœud de Græfe que par cette particularité, que l'extrémité qui correspond à l'anse du fil est aplatie de manière à présenter une ouverture en forme de fente étroite, au lieu d'un orifice circulaire. Quant au fil constricteur, celui que préfère habituellement M. Maisonneuve est le fil de fer recuit, de 1 millimètre de diamètre. Cet instrument si simple pourrait à la rigueur suffire à la plupart des applications usuelles de la ligature, et mérite à tous égards de faire désormais partie de la trousse du praticien.

Si l'opération exige une plus grande puissance, M. Maisonneuve a recours au *constricteur*, instrument construit sur le même principe que le précédent, mais avec des dimensions naturellement plus considérables.

Citons maintenant deux applications de la ligature extemporanée :

La première qui se trouve dans nos notes est une ablation de cancroïde de la lèvre inférieure et de la commissure gauche chez un homme de soixante ans; la lèvre était envahie dans toute sa longueur et dans toute sa hauteur. M. Maisonneuve employa ici comme agent de constriction la simple ficelle de chanvre. L'opération fut pratiquée le 6 février. Ce chirurgien ne pouvant pédiculiser la tumeur par une ligature unique, eut recours à la *ligature en arcade* que Récamier préconisait, surtout pour l'extirpation des tumeurs de la langue, et pour l'ablation du cancer annulaire du rectum. Au moyen d'une aiguille à ligature, il porta sous la tumeur trois fils simples, distants l'un de l'autre de 3 centimètres. Chacun de ces fils servit à entraîner une anse de ficelle forte. Cela fait, chacune de ces anses fut dédoublée, et les chefs en étant accouplés avec les chefs voisins, il en résulta une série d'arcades dans laquelle la tumeur se trouva embrassée à sa base. Accouplant ensuite de la même manière les chefs restés libres, M. Maisonneuve les introduisit dans les constricteurs, et la tumeur se détacha ainsi en bloc. L'opération ne dura pas cinq minutes; il ne s'écoula pas une goutte de sang; on ne fit pas de pansement. Les jours suivants, la plaie, d'abord parfaitement sèche, a commencé à suppurer; puis, la cicatrisation s'est faite, et le treizième jour le malade sortait guéri de l'hôpital.

Nous avons remarqué encore un homme qui portait une tumeur du testicule d'une nature suspecte. Ce malade fut anesthésié et opéré par la ligature simultanée des téguments et du testicule, sans incision de la peau ni ligature du cordon. M. Maisonneuve embrassa dans une anse de fil de fer le testicule revêtu de ses enveloppes; puis, faisant manœuvrer le volant de la vis, il porta rapidement l'écrasement à son maximum d'énergie, et divisa les enveloppes et le cordon sans qu'il s'écoulât la plus petite quantité de sang. La plaie, fort étroite, fut pansée comme toutes celles du service, avec un plumasseau imbibé de glycérolé de phénole :

Acide phénique. . . . . . . 1 gramme.
Glycérine. . . . . 99 —

Il ne survint aucun accident. A partir du sixième jour, les bords de la plaie furent rapprochés à l'aide de serres-fines, et trois semaines après l'opération, la cicatrice était complète.

(*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, août 1864.)

Traitement de l'angine couenneuse par la glace, les gargarismes et les boissons glacées. — Ayant lu dans le compte-rendu de la *Revue contemporaine,* qu'un médecin français, à la Havane, avait obtenu les meilleurs résultats de ces moyens, et que des faits semblables avaient été observés dans d'autres localités, M. le docteur Lacaze, de Saint-Denis (Réunion), s'était promis de recourir à ce traitement lorsque l'occasion viendrait à se rencontrer. Découragé par l'insuccès trop fréquent de la plupart des médications mises ordinairement en usage, il s'est cru autorisé à essayer d'un moyen qui n'a rien d'irrationel; d'après les faits qu'il rapporte, les résultats obtenus seraient de nature à inspirer de la confiance.

Le 2 avril dernier, après que déjà deux enfants dans la même famille, l'un de deux ans et demi, l'autre de treize mois, venaient de succomber à une angine couenneuse propagée au larynx, un troisième enfant, garçon de dix ans, ayant été atteint à son tour, notre confrère obtint des parents ce qui lui avait été refusé pour les deux précédents sujets, de tenter l'effet de la glace. Le jeune malade était dans l'état suivant : chaleur à la tête, fièvre légère, glandes et ganglions sous-maxillaires engorgés, amygdales tuméfiées, anfractueuses, recouvertes en partie de fausses membranes; dans l'arrière-gorge, deux bandes blanchâtres assez épaisses. La glace fut employée immédiatement : limonade de tamarin glacée, toutes les heures; gargarisme fait avec une décoction de plantes astringentes, glacés, toutes les demi-heures; de temps en temps un glaçon est placé dans la bouche. Le 3, au matin, les amygdales sont à peu près nettoyées; les bandes couenneuses du fond de la gorge ont beaucoup diminué; la muqueuse est rosée,

lisse. Toute la journée les mêmes moyens sont continués. Alimentation légère. Le soir, le mieux continue; les amygdales, sensiblement diminuées, offrent encore quelques points blancs, mais très amincis. Mêmes moyens plus espacés dans la nuit. Le 4, au matin, la gorge presque dans l'état naturel, à peine quelques traces légères de fausses membranes; le cou dégonflé; le jeune malade n'éprouve plus aucune gêne et demande à sortir; aliments. Le soir, nulles traces de taches; muqueuse lisse, d'un rouge vif; un peu de toux sèche. Cessation de la glace. Boissons adoucissantes; transpiration abondante. Le lendemain, gorge nette; guérison.

Le même résultat fut obtenu tout aussi rapidement chez une jeune servante de sept à huit ans, atteinte à son tour, le 3 avril, dans la même maison. Le 6, la guérison était complète.

Enfin, M. Lacaze a eu recours au même moyen, également avec succès chez un enfant de dix mois, vu en consultation avec les docteurs Azéma et Richard; seulement l'âge obligea à des modifications dans le mode d'application. C'était, dit l'auteur, un cas complet de diphthérite : toute la gorge envahie, ainsi que les narines, qui laissaient écouler une matière mucopurulente caractéristique; ganglions du cou énormes; face pâle, respiration gênée, voix rauque, mais non croupale. L'eau glacée simple est injectée toutes les demi-heures dans la gorge et les narines; un petit glaçon est maintenu de temps à autre dans la bouche par la mère. Au bout de vingt-quatre heures amélioration sensible; la gorge, les narines se nettoient; la muqueuse apparaît rosée et lisse. Continuation des mêmes moyens pendant trois jours. Alors apparaît une bronchite intense générale. La voix n'est pas croupale. On cesse la glace; un vésicatoire est appliqué sur la région sternale. Les amygdales, toujours tuméfiées, mais rosées, avec quelques taches insignifiantes. La respiration est gênée: le pouls fréquent, déprimé. Boissons gommées; bouillon léger. Au bout de douze jours la convalescence est bien établie. Les amygdales restent encore un peu tuméfiées; l'arrière-gorge est nette.

Tels sont les faits publiés par le docteur Lacaze. Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de leur opposer une fin de non-recevoir appuyée sur une question de diagnostic. Les deux morts par croup qui ont précédé de peu de jours le premier de ces cas, la transmission à d'autres enfants dans la même maison, et, dans le dernier cas, l'examen fait par une consultation de médecins, sont des garanties sérieuses. Or, l'angine couenneuse est une maladie, on peut le dire, contre laquelle toutes les expérimentations, pourvu qu'elles ne soient pas absurdes, sont justifiées. Nous espérons qu'on répétera celle-ci, qui nous semble d'ailleurs en elle-même exempte d'inconvénients.

(*Union méd.*, juillet 1864.)

COMPTE-RENDU

DE

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA GIRONDE

tenue le 8 septembre 1864.

A une heure, M. Mabit, président, prend place au Bureau; il est accompagné du Conseil d'administration et de MM. Schröder et Béchade, avocats, membres du Conseil judiciaire.

Il prend la parole en ces termes :

Messieurs et chers Confrères,

Il y a quelques semaines encore, il me semblait de bon goût, et de suprême justice, de confier, hélas! pour la dernière fois, à notre éloquent et dévoué Secrétaire général, le soin exclusif de vous entretenir des événements heureux ou tristes, des espérances ou des déceptions qui agitent la vie des associations comme celle des hommes, et dont cette année, comme toutes les autres, a eu sa part.

C'est un devoir dont il s'acquitte si bien, que je n'ai nul désir d'empiétement. Mais l'éclosion inattendue d'un projet de loi sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie est un fait si considérable, que votre Président et vos Mandataires s'en sont émus. Je ne pense pas qu'il y ait outrecuidance de notre part à revendiquer une sorte d'influence si minime qu'elle soit, je n'oserai dire dans ce réveil, mais dans cette bienveillante sollicitude du pouvoir.

Vous n'ignorez pas, Messsieurs, qu'elle s'est produite sinon à propos, du moins après deux pétitions au Sénat : l'une, demandant l'extension des droits des officiers de santé; l'autre, leur suppression dans l'avenir.

Ce n'est pas le lieu de traiter ces questions ardues, qui ont divisé les meilleures et les plus sages intelligences. Mais peut-être que leur mise à l'étude est un droit qui appartient par quelques côtés pratiques aux médecins de province, et l'abdication de ce droit exposerait vos représentants à des regrets, et vous à des récriminations tardives.

Dans quelle limite notre intervention peut-elle être admise? à qui s'adressera-t-elle? où devra-t-elle s'arrêter?

Je ne crois pas qu'il soit possible de répondre encore à ces points d'interrogation.

L'opinion publique n'est pas faite; elle est à la période d'incubation, ou plutôt à celle d'étonnement. Je ne puis donc pas être son secrétaire, mais je serais toujours fier d'être le vôtre.

Vous avez remarqué ou plutôt ressenti cette sorte de révolution que la solidarité accomplit en nous et parfois à notre insu. Elle jette dans notre esprit, dans notre cœur, comme des germes nouveaux qui croissent lentement, et dont le reste de nos idées est seulement la conséquence et le naturel développement. Eh bien! il me semble que telle a été pour moi l'Association. Je sens autrement et plus au fond qu'autrefois tout ce qui nous touche.

C'est pourquoi je n'hésite pas à vous indiquer les idées qu'éveille le nouveau projet de loi. Quelques-unes se sont déjà fait jour à travers les indiscrétions de la presse, et vous êtes peut-être en droit de me demander si nous n'arrivons pas trop tard. Je ne vous répondrai pas le mot si connu d'un historien : Ma foi! mon siége est fait. Non, Messieurs, je crois qu'il est encore temps de nous occuper de nos affaires en famille, et notre famille est assez puissante pour espérer des alliances qui la feront écouter. C'est le but que je voudrais atteindre.

Et d'abord, à l'encontre de quelques Confrères que j'aime et que j'honore, le moment me semble opportun, précisément parce que s'il y a dans les faits un peu de calme, les questions libérales n'en préoccupent pas moins les esprits : c'est donc le moment du sage.

On ne saurait nier que les doléances exprimées dans nos assises départementales, et portées à Paris par vos délégués, n'aient joué le rôle de cause occasionnelle. Nos vœux si unanimement formulés ont dû rendre et ont rendu moindres, en effet, les difficultés qui surgissent, semble-t-il, aussi nouvelles qu'imprévues. Cependant la loi Salvandy, à l'étude depuis 1847, est la fille du fameux Congrès de 1845! Or, Messieurs, s'il n'est pas prudent de prêter trop d'espoir aux promesses des réorganisations improvisées, il est permis, du moins, d'en concevoir des améliorations progressives. Toute guérison est un problème difficile à résoudre; c'est ce qui démontre la nécessité de le poser. Comme personne ne se méprend sur la portée de celui-ci, il excite les joies ou les craintes de chacun de nous. Quelles seront les bases de

la nouvelle loi? Celles de 1845 satisferont-elles les exigences de 1864? Ne s'est-il accompli depuis vingt ans aucune évolution nouvelle dans nos mœurs, nos habitudes, nos besoins? Dans nos rapports avec la Société, avec nos Confrères, ne s'est-il produit aucun changement? Il suffit de rappeler le passé d'hier.

Aucun de vous n'a oublié la question des Sociétés de Secours mutuels restée sans solution; un procès tristement célèbre que nous pouvons rappeler sans honte, car l'horrible exception a confirmé l'honorabilité non moins que la science médicale, n'a-t-il pas donné un autre aspect, une nouvelle et légitime importance à notre intervention en justice? N'avons-nous pas conquis une salutaire influence auprès de quelques administrations judicieuses autant qu'éclairées? Partout, et surtout dans les grands centres de population, les Sociétés de médecine, les Conseils d'hygiène, les médecins des hôpitaux prennent une plus grande part aux affaires. Il ne faut pas douter qu'avec le temps, la mesure en toute chose, et l'esprit de corps, l'autorité que nous ambitionnons, ne se consolide, puisqu'elle sert à la fois nos intérêts et ceux de la Société à laquelle importe au plus haut degré notre moralité comme notre savoir. De même qu'il y a deux hommes dans le médecin, le savant et l'artiste, ainsi il y a deux côtés à étudier dans les lois qui doivent nous régir : le côté scolastique, didactique si vous voulez, et le côté pratique ou professionnel qui a trait aux rapports du médecin avec le malade.

Celui-ci, Messieurs, semble relever plus spécialement de votre expérience, et c'est un appel que lui fait aujourd'hui votre Conseil d'administration. Il a pensé que ces questions complexes ressortaient des associations locales, qu'elles se devaient à elles-mêmes d'éclairer de leurs lumières le chaos où s'entre-choquent encore les vieilles traditions des temps passés avec les aspirations des temps modernes.

Deux opinions sont en présence : l'une, représentée par les partisans du laissez faire et du laissez passer; l'autre, par les autoritaires. Les uns disent, avec Montesquieu, que les corporations comme les peuples n'ont que le gouvernement qu'ils méritent; les autres, que les pouvoirs publics ont la mission de sauvegarder les citoyens, par conséquent de réglementer ce qui importe à leur bien-être, à leur sécurité, à leur vie. Ces deux idées, prises d'une manière absolue, pourraient être discutées; mais, à mes yeux, elles n'ont de valeur que relativement à leur opportunité et au milieu dans lequel elles se produisent. Je me borne donc à les indiquer. Le point important est de

savoir si le mouvement de 1845 s'est continué jusqu'à nous, et si, comme un arbre planté en bonne terre, il porte les fruits que promettait sa sève énergique!...

Eh bien! Messieurs, il semble que le doute, le découragement, ou peut-être d'autres espérances, se sont glissés dans les esprits et les cœurs, et cela au moment où s'est produit un fait nouveau dont il nous est permis de nous énorgueillir : c'est l'association, correctif inévitable, fatal, de l'étrange isolement où vivaient tous les Membres de notre profession. Aujourd'hui chacun de nous a la conscience d'une certaine force collective, qu'il puise, comme je le disais tout à l'heure, dans la solidarité; de sorte que chacun accepte les *désiderata* du passé, bien sûr qu'un jour ils seront satisfaits par la seule puissance qui réside dans l'union des volontés. Votre annuaire est là, comme l'indicateur des étapes que nous avons parcourues depuis cinq ans.

Ne sentez-vous pas que chaque jour nous nous élevons des intérêts individuels aux intérêts professionnels, et de ceux-ci aux intérêts sociaux; que notre rôle grandit à mesure que notre responsabilité s'enchaîne; qu'enfin, nous ne voulons avoir d'autres créanciers que nous-mêmes, d'autre protecteur que notre intelligence et notre travail?

J'ose à peine, Messieurs, effleurer ce sujet. Cependant, ne croyez-vous pas que la considération publique, le respect réciproque, la protection de l'exercice de la médecine, sont presque renfermés dans cette formule : Élever le niveau des études littéraires et scientifiques, prévenir le scandale des réceptions faciles, j'allais dire honteuses? Les difficultés des épreuves n'éclaircissent pas les rangs des médecins, elles en élèvent le niveau social; ce qui éloigne de nous l'élite de la jeunesse, c'est la crainte, trop souvent fondée, de recontrer des concurrents que les examens auraient dû éliminer, parce qu'ils ne suffisent ni à la dignité ni aux devoirs que le diplôme impose. Ne serait-il pas juste et habile alors de confondre dans une même sollicitude notre état intellectuel et moral? Le projet nouveau n'est accueilli qu'avec une certaine réserve; pressé entre deux peurs, le Corps médical est prêt à faire un pas en arrière après en avoir fait dix en avant. Il faut agir cependant; oui, je le conseille, mais avec une circonspection et des ménagements infinis; il faut, en un mot, n'ambitionner que le terrain qu'on peut fertiliser.

Loin de contester les loyales intentions de ceux qui poursuivent le but que vous avez indiqué vous-mêmes, que notre reconnaissance leur

soit acquise. Souvenons-nous que le changement dans les idées précède toujours le changement dans les faits, et qu'il s'opère par l'effort combiné de tous.

Le caractère le plus saillant de notre époque est l'heureuse impuissance de l'individu et du gouvernement sur l'opinion publique, qui seule affermit et consacre le progrès.

Permettez-moi, chers Confrères, de donner pour couronnement à ces considérations générales, que la gravité du sujet absoudra, je l'espère, une pensée qui les complète et les résume : « La destinée » de l'homme, a dit excellemment le Dr Barrier, de Lyon, aussi bien » que son devoir, est de ne s'arrêter jamais dans la recherche d'un » état meilleur; et quelque conquête qu'il lui soit réservé de faire, il » n'y rencontrera jamais peut-être le laurier à l'ombre duquel il lui » sera permis de s'asseoir et de s'endormir. »

Ce discours est accueilli par d'unanimes applaudissements.

M. le Président donne la parole à M. Schröder, pour la lecture du Compte-Rendu judiciaire.

Messieurs,

Personne ne sait mieux que vous à quel point sont fragiles la santé et la vie : combien de science, d'expérience et d'habileté sont nécessaires pour parvenir à nous conserver, à nous restituer parfois ces biens, les plus précieux de tous!

Aussi, en France, dans un but social, les médecins ont-ils été soumis, depuis un temps très reculé, à des règlements particuliers, à des conditions de capacité.

L'un des plus anciens de ces règlements se trouve dans les lettres patentes adressées par Charles VI, le 20 août 1390, au Prévôt de Paris, à tous autres justiciers et à tous lieutenants; elles prescrivent d'examiner la capacité de ceux qui exercent la médecine et la chirurgie. (Dalloz, *Rép.* v°, *Médecine*.)

Depuis lors, un nombre considérable d'arrêts de Parlement, d'ordonnances, d'édits et de lois, sont venus confirmer ces règlements, et y ajouter leur autorité.

En présence de ces garanties, qui datent chez nous de près de six siècles, l'on s'étonne de voir encore aujourd'hui le charlatanisme le plus ignorant et le plus effronté exercer *impunément* sa coupable et

dangereuse industrie sur de trop nombreuses et trop crédules victimes.

Serait-ce parce que les Parquets de France seraient imbus de la pensée que le charlatanisme sous toutes ses formes, que l'exercice illégal de la médecine n'est pas une plaie, un danger social, mais une simple atteinte portée à vos droits, à vos intérêts privés, dont il convient d'abandonner la répression à votre action directe?

C'est ce que plusieurs ont dit et répété, c'est ce que je ne puis croire, Messieurs.

Les magistrats des Parquets de notre pays sont composés d'hommes trop éminents pour qu'on puisse les accuser de ne pas savoir l'étroite solidarité qui existe, au point de vue de l'exercice de l'art suprême de guérir, entre l'intérêt public et l'intérêt du Corps médical.

Les magistrats des Parquets savent aussi, que le jour où l'exercice illégal de la médecine ne sera pas poursuivi d'office par eux, ceux qui exercent impudemment cette dangereuse industrie le feront en toute liberté; car, dans les carrières élevées et libérales comme la vôtre, on trouve toujours ce mépris de l'intérêt privé, cette pudeur qui recule devant de certains contacts, même à titre d'adversaires, contre tels et tels que l'on élèverait ainsi à la dignité de concurrents.

Si les Parquets poursuivent si rarement les cas d'exercice illégal de la médecine, je cherche d'autres causes que celles que je viens d'indiquer; je les repousse parce que je les tiens pour indignes d'eux.

La cause principale ne serait-elle pas dans la loi qui nous régit encore?

Permettez-moi sur ce point un rapide aperçu; il pourra avoir son utilité pratique.

La loi qui régit l'exercice de la médecine est du 10 mars 1803.

L'article 1er est ainsi conçu :

« A compter du 1er vendémiaire de l'an XII, *nul ne pourra embrasser* » *la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé*, sans être » examiné et reçu comme il sera prescrit par la présente loi. »

Voilà la garantie sociale, voilà votre titre!

La loi contient 36 articles. Le 25e prescrit *aux commissaires du Gouvernement près les tribunaux de première instance* de dresser les listes des médecins et chirurgiens anciennement reçus...., et des docteurs et officiers de santé nouvellement reçus suivant les formes de la loi, et enregistrés aux greffes de ces tribunaux, et d'en adresser chaque année une copie certifiée au Ministre de la Justice.

Arrivons aux dispositions pénales; elles sont contenues dans les deux derniers articles de la loi.

L'article 35 dit :

« Six mois après la publication de la présente loi, tout individu qui » continuerait d'exercer la médecine ou la chirurgie, ou de pratiquer » l'art des accouchements, *sans être sur les listes dont il est parlé aux* » *articles 25, 26 et 34*, et sans avoir de diplôme, de certificat ou de » lettre de réception, sera condamné à une *amende* pécuniaire *envers* » *les hospices.* »

L'idée est excellente, et au plus haut point morale et instructive.

L'industrie des charlatans qui a le lucre pour objet est punie par une peine pécuniaire au profit des pauvres, leurs plus habituelles victimes, et cette amende doit être versée dans la caisse des hospices, pour revenir aux pauvres en soins éclairés et intelligents.

Mais la loi est incomplète, et, vous l'avez déjà saisi, elle ne fixe pas le taux de l'amende. Cette incroyable lacune n'eût pas été un embarras sous les régimes du bon plaisir, qui avaient souvent décrété des amendes arbitraires, mais elle doit étonner dans une loi de l'an XI.

La conséquence, vous la pressentez, Messieurs; la jurisprudence a dû combler le vide de la loi, et elle a établi que la peine est de simple police, dont le maximum, sauf le cas de récidive dans l'année de la condamnation, est une amende de 15 francs.

Ce qui est une répression absolument dérisoire, et dont aucun médicastre ne s'épouvante; ce qui est même une ressource et un moyen d'action pour son âpreté.

Cette jurisprudence s'explique par le besoin de réprimer, malgré la lacune que présente la loi, un acte aussi dommageable à la santé publique que celui de l'exercice de la médecine par des individus sans instruction.

Mais ne peut-on pas se demander si, en droit rigoureux, cette doctrine est bien justifiable? Sur quelle base repose ce prétendu principe, que lorsque la loi a omis de fixer la quotité de l'amende, on doit appliquer celle de simple police? Dans quelle disposition législative, dans quelle règle de droit naturel est-il puisé? Puis, quelle est cette amende de 1 à 15 francs? N'est-ce pas là créer une quatrième classe de contraventions de police en dehors des classifications du Code pénal?

En résumé, le système adopté par les tribunaux, dans la jurisprudence constante que j'examine devant vous, est arbitraire, et fondé sur un mode d'interprétation que la loi pénale n'admet que bien difficilement, et qu'il faudrait qu'elle n'admît pas.

(Extrait du *Rép. gén.* de Dalloz, v° *Médecine.*)

« Les procureurs impériaux savent très bien qu'aux termes de l'ar-
» ticle 36 de la loi, le délit de l'exercice illégal de l'art de guérir doit
» être dénoncé par eux aux tribunaux correctionnels. »

Mais les circonstances que je viens de vous signaler de la loi de 1803 sont bien peu faites pour stimuler leur zèle à l'accomplissement de ce devoir, aujourd'hui presque sans conséquence pratique.

C'est là, j'aime à le croire, Messieurs, la cause principale de l'impunité du charlatanisme, malgré tous les inconvénients de cette impunité pour la santé publique.

Cette raison me plaît parce que j'y vois une excuse et une réhabilitation, à vos yeux, pour les magistrats des Parquets de France.

Et parce que, en faisant ce procès à la loi, ici où tout ce qui se dit a son retentissement, va très loin et parfois très haut, la lacune de la loi de 1803 sera signalée, et ne se retrouvera pas dans celle que le Gouvernement prépare pour la remplacer.

Dans cette loi, que vous avez appelée de vos vœux, devra être le remède que l'intérêt public réclame autant que vous.

En attendant qu'elle soit faite cette loi, je sais que les Parquets du ressort ont, à plusieurs reprises, mandé et menacé de leurs poursuites des individus connus pour exercer illégalement la médecine.

Ces menaces sont, à mes yeux, plus efficaces que ne l'eussent été les condamnations insuffisantes que l'on eût pu appliquer aux coupables.

Le Parquet de Bordeaux a, d'office, poursuivi le sieur Nougueyrède, de Carignan, et, par jugement du 22 février dernier, le tribunal de police correctionnelle l'a condamné, pour cinq contraventions constatées, à 75 francs d'amende et aux frais.

Le 11 mai dernier, il a également condamné au maximum d'amende de 15 francs chacune et aux frais :

La dame Louise Moncla, veuve Daste, et la dame Debans, fille Moncla.

Ces poursuites directes n'ont été l'objet d'aucune sollicitation de la part du Bureau qui vous préside, et témoignent des bonnes dispositions du remarquable magistrat qui est placé à la tête du Parquet de Bordeaux, je ne dis pas, Dieu m'en garde! dans votre intérêt, mais dans celui de la loi et de la santé publique.

Voilà, Messieurs, les quelques mots que je voulais vous dire; je

crains que le sujet que j'ai voulu effleurer ne m'ait fait dépasser les limites de temps que vous eussiez voulu m'assigner.

Ce discours est suivi d'applaudissements unanimes.

M. le Président donne la parole à M. Jeannel, pour la lecture du Compte-Rendu administratif.

Messieurs,

Le Compte-rendu de la situation morale et matérielle de notre Association se divise sous trois titres généraux :

Personnel,
Intérêts professionnels,
Intérêts moraux.

Personnel. — Depuis notre dernière Assemblée générale, notre Association n'a pas fait de nouveaux progrès. Elle comptait 192 Membres ; quatre admissions, quelques départs et quatre décès, ont réduit ce nombre à 177 ; les 8 admissions que vous avez prononcées le reportent à 185.

La mort nous a enlevé quatre Sociétaires :

M. Felletin (d'Izon), et M. Cornet (de Frontenac), tous deux frappés dans la force de l'âge, au milieu de la pénible carrière de médecin de campagne.

M. Ferchaud (de Saint-Maixant), l'un des plus fervents défenseurs de la profession médicale.

Vous vous souvenez, Messieurs, d'un orateur qui prit hardiment la parole dans la séance solennelle qu'est venu présider M. Rayer, en 1861, et qui prononça ce discours inquiétant pour les conventions officielles, où le bon sens abordait résolument les difficultés qui embarrassent encore les meilleurs esprits, et les tranchait avec une verve méridionale ; cet orateur, c'était M. Ferchaud. Unissons nos regrets à ceux de la population rurale à laquelle il s'était voué. L'Association perd en sa personne un de ses meilleurs partisans.

Enfin, Messieurs, dans cette liste douloureuse, je dois inscrire le nom de M. Chabrely père. Je ne saurais mieux unir ma voix aux regrets de vos cœurs, qu'en citant l'oraison funèbre prononcée sur sa tombe, par notre honorable Vice-Président, M. Levieux.

« Consacrer ses rares loisirs à l'étude, mettre au service de ses » semblables tout ce qu'on possède de forces physiques et morales, » sans aspirer ni aux honneurs ni à la fortune, je ne connais rien qui » soit plus digne de respect.

» Loin de moi la pensée de surfaire ses mérites, et de le traiter » après sa mort autrement qu'il n'aurait voulu pendant sa vie; mais » je crois faire acte de justice envers sa mémoire, et remplir un pieux » devoir envers sa famille, ses amis et ses confrères, en rappelant, » aux uns comme une consolation, aux autres comme un exemple, » la conscience, l'abnégation, le dévouement et le zèle avec lesquels » il remplissait les pénibles devoirs de sa profession. »

Messieurs, ce n'est pas un des moindres avantages de notre Association, que de nous rapprocher au moment des plus douloureuses épreuves de la vie, et de créer pour nous une famille nouvelle, affectueuse et vivante, lorsque la mort nous sépare de nos plus proches parents. J'en appelle aux consolations que nous apportons à nos confrères en partageant leur douleur lorsqu'ils sont frappés dans leurs plus chères affections.

C'est que les mauvais instincts qui divisent trop souvent les hommes et produisent leurs rivalités et leurs guerres, sont pour ainsi dire flottants à la surface de leurs cœurs; mais dans les fibres les plus intimes, *imo in pectore*, vous êtes sûrs de retrouver toujours les sentiments généreux et sociaux, la bienveillance, la sympathie, le dévouement confraternel.

Aussi l'Association partage les succès de ses membres, elle s'en réjouit et s'en honore.

Deux d'entre nous ont été nommés Chevaliers de l'Ordre Impérial de la Légion-d'Honneur : l'un, M. Bazin, pour des services scientifiques et universitaires publiquement constatés et estimés; l'autre, M. Ch. Dubreuilh, ancien lauréat de la Société de Médecine, pour la persévérance et le zèle dont il fait preuve comme médecin vaccinateur.

M. Gintrac père a obtenu la plus enviée des distinctions scientifiques : il a été élu membre correspondant de l'Institut de France. Je n'ai pas à apprécier les travaux de M. Gintrac, mais lorsqu'il en reçoit la haute récompense, je saisis avec empressement l'occasion de le féliciter au nom de l'Association des Médecins de la Gironde.

Messieurs, vous allez procéder tout à l'heure aux élections pour le renouvellement du Conseil d'administration, selon l'article 11 des statuts.

Le Conseil vous remet, avec la satisfaction du devoir accompli, les destinées de notre Association; vous les confierez à ceux d'entre vous que vous croirez les plus dignes d'interpréter vos aspirations et d'administrer vos intérêts. Nous avions eu la pensée de vous faire connaître les noms des anciens membres du Conseil qui désirent se retirer, et ceux des sociétaires qui consentiraient à les remplacer s'ils obtenaient vos suffrages; mais après une discussion approfondie, nous avons préféré nous abstenir de tout ce qui pourrait ressembler à une immixtion dans la manifestation de vos volontés. D'ailleurs, nous désirons avant tout que l'Association, dont le personnel a presque quadruplé depuis les premières élections, comprenne bien qu'elle est maîtresse d'elle-même, et que rien n'entrave sa liberté dans l'exécution des statuts librement acceptés par elle.

Intérêts professionnels. — Messieurs, vos plaintes formulées dans le compte-rendu de votre dernière assemblée, d'après les conseils de nos honorables avocats MM. Schröder et Béchade, ont été portées au Conseil général par M. Mabit, notre président; elles ont été reçues avec une vive sympathie, et votre demande a été accueillie avec empressement.

M. Rayer, président de l'Association générale, et M. Paul Andral, conseil judiciaire, ont présenté vos réclamations à S. Exc. M. le Ministre de la justice, dans une audience particulière. Leur démarche n'a pas été complètement infructueuse; vous venez d'apprendre, par la bouche de M. Schröder, l'un de nos dévoués conseils judiciaires, quelles ont été les condamnations prononcées, à la requête du Ministère public, contre des médicastres, dans le cours de l'année passée.

Intérêts moraux. — Messieurs, un secours de 100 francs a été alloué à un Sociétaire malade.

Le Conseil d'administration a cru devoir accorder une somme de 100 francs à un médecin non sociétaire, dont la position est devenue très difficile à la suite d'une longue maladie, et qui était vivement recommandé par l'un d'entre vous. Il a de plus alloué une somme de 200 francs à un autre confrère étranger à l'Association; mais c'est moins un secours qu'un prêt d'honneur à un homme intelligent et instruit.

Le Conseil m'a chargé de demander l'assentiment de l'Assemblée générale pour ces deux dernières allocations, que les statuts n'auto-

risaient pas. Il a pensé que vos cœurs seraient moins sévères que la lettre du Règlement. Il vous demande, à cette occasion, de décider par vos votes, qu'à l'avenir il pourra disposer de quelques crédits pour satisfaire à des infortunes urgentes et imméritées qui frapperaient des membres du Corps médical en dehors de vos rangs. C'est de nous, Messieurs, qu'on peut dire avec vérité, que la bienfaisance enrichit, car le sentiment qui nous unit et nous dirige est celui de la prévoyance pour autrui, bien plutôt que pour nous-mêmes, et les misères que nous avons le bonheur de prévenir et de soulager sont nos meilleurs revenus.

Caisse de pensions viagères. — Depuis notre dernière assemblée générale, le Conseil général de l'Association a adopté les statuts d'une caisse de pensions viagères.

L'Association de la Gironde aurait pu revendiquer l'initiative de cette importante fondation, car elle avait longuement élaboré dès les premiers mois de 1862, et elle avait adressé au Conseil général, au mois de juillet de cette même année, un projet de statuts pour une caisse de retraite. Mais un projet nouveau, présenté au Conseil général par l'honorable M. Brun, a été adopté en 1863.

Loin de vous plaindre d'une substitution qui modifiait votre proposition en la généralisant, vous vous êtes ralliés aux statuts nouveaux, qui avaient l'avantage capital de réaliser l'institution dont vous aviez mesuré l'importance.

D'ailleurs, les statuts d'une caisse de retraite, que vous aviez soumis à l'examen du Conseil général de l'Association des Médecins de France, ont eu l'heureuse fortune d'être repris par l'Association des Pharmaciens de la Gironde, qui les a adoptés en se constituant sous la présidence de notre excellent ami M. Barbet.

La caisse de pensions viagères de l'Association des Médecins de France, fondée l'année dernière, possède déjà un capital de 40,000 fr., soit un revenu suffisant pour servir trois pensions viagères de 600 fr. Jugez, Messieurs, de ce qu'elle pourra donner lorsqu'elle commencera à fonctionner en 1878, après quinze ans d'épargne et d'accumulation d'intérêts. C'est un bien d'un prix inestimable que le présent lègue à l'avenir; c'est le contrat solennel qui assure des secours efficaces à nos invalides. Ce contrat affermit à jamais notre œuvre contre l'inconstance des idées et l'incertitude des événements. En effet, Messieurs, par la fondation de la caisse de pensions viagères, notre

Association acquiert quelque chose de l'autorité révérée des testaments et s'enracine dans les bases même de l'état social.

En résumé, Messieurs, après cette première période quinquennale, nous pouvons jeter un regard satisfait sur l'ensemble de notre œuvre, et sans rien exagérer des résultats obtenus, nous pouvons bien augurer de l'avenir.

La caisse de secours que nous avons formée représente un capital de 8,300 fr., ainsi que va le démontrer le compte-rendu de notre confrère M. Costes, notre trésorier; et la caisse de secours de l'Association générale, qui peut être considérée comme la réserve des caisses locales, possède au moins 50,000 fr.

La caisse de pensions viagères complète le système de l'assistance mutuelle dans le Corps médical, et pourra, plus tard, fonctionner comme une caisse de pensions de retraite.

Grâce au lien respectable de l'association, l'accord des membres, trop souvent disjoint du Corps médical, devient de plus en plus intime.

Nous prenons l'habitude de compter sur nous-mêmes pour défendre nos intérêts, et nous nous rendons mutuellement responsables de l'honneur de la profession; aussi, notre désapprobation collective n'est pas un vain mot.

Une nouvelle loi sur l'enseignement et sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie est élaborée par les grands Corps de l'État. Nous le devons sans doute aux vœux formulés par un grand nombre d'Associations locales. Il nous est permis de le penser, car l'Association des médecins a toujours subordonné les intérêts de la profession à ceux du public.

Enfin, Messieurs, nos réunions annuelles nous offrent le moyen de faire juger de l'esprit qui nous anime et de signaler les injustices ou les abus dont nous souffrons; elles nous offrent aussi l'occasion de proclamer nos vœux quant à l'avenir de la profession. Aussi, je termine en répétant ces paroles que l'Association des Médecins de la Gironde vient de faire entendre par la bouche de son Président : « La » considération publique, le respect réciproque, la protection de » l'exercice de la médecine dans les mœurs encore plus que dans les » lois, sont presque renfermés dans cette formule : Élever le niveau » des études littéraires et scientifiques; prévenir le scandale des » réceptions faciles, pour ne pas dire honteuses. Ce ne sont pas, » en effet, les difficultés des épreuves qui éclaircissent les rangs des » médecins; ce qui éloigne de notre profession l'élite des bacheliers,

» c'est la crainte, mieux vaut dire la certitude, de rencontrer dans
» la carrière des concurrents que les examens auraient dû éliminer
» et qui ne suffisent pas à la dignité du diplôme. »

M. le Président donne la parole à M. Costes, pour la lecture du Compte-Rendu financier.

Messieurs,

Au moment de résigner les fonctions que votre bienveillance m'avait confiées, je vous dois mon cinquième et dernier Compte-Rendu sur l'état de nos finances.

Si nos fonds ne paraissent pas avoir proportionnément suivi la marche ascendante des années précédentes, c'est seulement à la chance que courent les fonds publics qu'il faut l'attribuer. Aussi le prochain Conseil aura-t-il à voir s'il ne convient pas mieux de diminuer un peu les revenus, et ne pas courir le risque de voir diminuer son capital. Le dépôt à la caisse des dépôts et consignations ne donne, il est vrai, que quatre et demi pour cent d'intérêt, mais le fonds ne varie pas. Il n'y a pas pourtant à s'alarmer de ce que nos finances n'ont pas obtenu leur accroissement ordinaire; vous n'avez pas besoin de réaliser, et vous pourrez attendre que les valeurs aient repris faveur.

Il est un autre point sur lequel je demande encore la permission de vous entretenir. Déjà, l'année dernière, j'en avais dit quelque chose; mais c'est surtout pour éclairer les pas de mon successeur que j'y reviens ici.

Les médecins, Messieurs, sont de tous les hommes ceux qui supportent le moins volontiers les moindres obligations. Ils savent bien qu'en s'affiliant à l'Association, ils contractent la petite charge d'une cotisation annuelle. Eh bien ! il en est quelques-uns qui l'oublient; il en est d'autres qui ne veulent pas souffrir qu'on le leur rappelle. Croiriez-vous, Messieurs, que votre Trésorier a reçu des lettres je dirai presque inconvenantes, et que même trois démissions ont été la conséquence d'un rappel?

On se persuade que le Trésorier de l'Association est comme un agent du fisc; on ne fait pas attention qu'il n'est tout simplement que l'un de vous, préposé à recevoir ce que volontairement chacun de nous s'est engagé à donner, et on oublie qu'il est important que ces rentrées se fassent sans frais. Car, Messieurs, s'il fallait recouvrer cette petite somme de 12 francs par mandat, au dixième que nous versons déjà dans la caisse centrale, s'en ajouterait un autre allant dans les mains

du banquier; et les frais de retour de ceux de nos Confrères absents au moment de la présentation, grèveraient notre trésor encore bien davantage.

Que faut-il donc? Que chacun prenne la ferme résolution de faire remettre sa cotisation au Trésorier dans les trois premiers mois, comme le veut le Règlement.

Dans notre dernière séance annuelle, la liste de nos Associés se porta à 192; et je disais alors : Voilà bien le nombre officiel, mais combien serons-nous de Membres effectifs?

Nous avons perdu, comme vous venez de l'entendre, quatre de nos Collègues; quatre ont donné leur démission, six sont restés retardataires malgré nos avis réitérés, et devraient ne plus nous appartenir.

Dans le nombre des démissionnaires, il en est un que je vous demande de ne pas regarder comme perdu. S'il s'est séparé de nous, c'est parce que sa clientèle fournit à peine aux besoins de sa famille. Aussi, que des temps plus heureux viennent à lui sourire, et qu'il acquitte l'arriéré, je demande qu'il soit encore des nôtres. Déjà le Conseil a acquiescé à ma proposition.

Votre Conseil, cette année, a été saisi de quelques demandes de secours. Il a alloué une somme de 100 francs à l'un de nos Associés, qui a jugé cette somme suffisante.

Il s'est écarté de votre Règlement en donnant une somme de 200 francs à un jeune médecin dont il a favorisé par là l'émigration dans un pays plus heureux pour lui. Et, enfin, il a disposé d'une somme de 100 francs envers un confrère dont l'âge et le manque d'emploi font l'infortune.

Votre Conseil a pensé qu'il obtiendrait facilement de vous un bill d'indemnité pour cette infraction à vos Statuts.

Voici donc le tableau de nos finances au moment actuel :

ÉTAT DE SITUATION AU 8 SEPTEMBRE 1864.

Recettes :

Reste en caisse de l'an dernier........................F.		41 74
Reçu de 180 cotisations........................F.	2,160	
— de 5 droits d'entrée........................	60	
Allocation de M. le Préfet........................	100	
Intérêts de coupons de rente........................	130	
— des obligations (15)........................	225	
	F. 2,675	2,675 »
TOTAL...........F.		2,716 74

Dépenses :

Versé à la caisse de l'Association générale un 10e de 180 cotisations et 5 droits d'admission (ensemble)	311 50	
100 Annuaires	100 »	
Alloué, secours à trois Confrères	400 »	
F.	811 50	811 50
Frais d'administration		287 70
Total des dépenses		1,099 20
Reste en caisse		1,617 54
TOTAL.......F.		2,716 74

L'Association possède :

1° Livret à la caisse d'épargne...............F.	52 28
2° Un coupon de 30 fr. rentes 3 0/0	665 »
3° Un coupon de 100 fr. rentes 3 0/0	2,216 66
4° Quinze obligations du chemin de fer	3,772 50
5° Reste en caisse	1,617 54
Total........F.	8,323 98
Nous ne possédions, l'an dernier, que	7,136 95
DIFFÉRENCE en plus........F.	1,187 03

Marques unanimes d'assentiment.

L'Assemblée procède à l'élection de huit nouveaux Sociétaires présentés par le Conseil d'administration, et dont les noms suivent :

MM. P. DUPUY, D.-M., professeur à l'École de Médecine (Bordeaux).
CASTERAN, O. de S., à Mourens (arrondissement de Bordeaux).
E. DURAND, O. de S., à Saint-Vivien (Lesparre).
DE CHARMOY, D.-M., à Bayon (Blaye).
LOUSTAU, D.-M., à Pessac (Bordeaux).
GERVAIS, D.-M., à Bordeaux.
DEMPTOS, D.-M., à Tizac (Libourne).
LARIVIÈRE, O. ✱, D.-M., médecin en chef à l'Hôpital militaire (Bordeaux).

M. le Président met en délibération deux propositions contenues dans un paragraphe du Compte-Rendu administratif :

1° L'Assemblée générale approuve les deux allocations de 100 francs et de 200 francs, accordées par le Conseil

d'administration à des médecins étrangers à l'Association.

Cette proposition est votée à l'unanimité.

2° A l'avenir, par dérogation aux articles 20 et 21 des Statuts, le Conseil d'administration pourra disposer de quelques crédits en faveur de médecins non sociétaires qui se trouveraient frappés par des malheurs graves et immérités.

Après une longue discussion, à laquelle prennent part MM. Buisson, Guépin, Jeannel et Costes, l'Assemblée, sur l'avis de M. Costes, rejette la proposition, et décide qu'il ne sera pas dérogé aux Statuts; et que si le Conseil d'administration juge convenable de prendre l'initiative d'allouer quelque secours à des médecins non sociétaires, il devra toujours demander, comme il l'a fait aujourd'hui, l'approbation de l'Assemblée générale.

L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement de la Commission administrative, en raison de l'article 11 des Statuts, qui est ainsi conçu :

« La Commission administrative est renouvelée tous les » cinq ans, à la majorité relative des suffrages; les membres » sont rééligibles. »

Avant l'élection, M. Costes, trésorier, fait connaître que l'état de sa santé l'oblige à ne point accepter de nouveau les fonctions de trésorier.

Le scrutin a donné les résultats suivants :

Vice-Présidents :	MM. LEVIEUX.
	JEANNEL.
Trésorier :	ROUSSET.
Secrétaire général :	AZAM.
Secrétaire adjoint :	CHABRELY.

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Arrondissement de Bordeaux :

MM. LABAT,	Bordeaux *(ville).*
MONTALIER,	
J. DUPUY.	
SEGAY,	

HAMEAU (Arcachon), BERNADET (Barsac), } Bordeaux (*extra-muros*).

Arrondissement de Blaye :

MM. PUJO (Blaye).
REGNIER (Blaye).

Arrondissement de La Réole :

MM. LANNELONGUE (Saint-Martial).
DUPRADA (La Réole).

Arrondissement de Bazas :

MM. DUBAQUIÉ (Bazas).
DUCROS (Langon).

Arrondissement de Lesparre :

MM. PIFFON (Lesparre).
LEGENDRE (Pauillac).

Arrondissement de Libourne :

MM. PERES (Libourne).
DEMPTOS (Tizac).

M. le Président a formé une Commission chargée d'étudier les questions qui se rattachent à l'enseignement et à l'exercice de la Médecine; il a désigné, pour faire partie de cette Commission, les Sociétaires dont les noms suivent :

MM. AZAM.
BENSE.
CHABRELY.
COSTES.
DENUCÉ.

MM. J. DUPUY.
P. DUPUY.
HIRIGOYEN.
JEANNEL.
LABAT.

MM. LEVIEUX.
MÉRAN.
MOUSSOUS.
ORÉ.
RENCONTRE.

Le soir du même jour, un banquet, présidé par M. MABIT, réunissait de nombreux convives dans les salons du Café de Bordeaux.

Les toasts suivants ont été portés et chaudement applaudis :

Par M. MABIT, à M. RAYER, Président de l'Association générale des Médecins de France, dont l'habile administration a porté l'Association à un degré de prospérité inespéré !

Par M. Jeannel, à nos conseils judiciaires MM. Schröder et Béchade, qui nous ont dirigés avec tant de prudence dans nos démarches, et nous ont appris à connaître nos droits légaux!

Par M. Levieux, à nos Confrères les Médecins de campagne!

Par M. Baudet, à M. Mabit, notre Président!

Par M. Labat, à M. Jeannel, Secrétaire général sortant!

Par M. Azam, à M. Costes, qui a rempli depuis l'origine de l'Association les pénibles fonctions de Trésorier avec zèle et dévouement! (Ce toast est accueilli par une triple salve d'applaudissements.)

CHRONIQUE.

Par arrêté de S. Exc. le Ministre de l'Instruction publique, M. le Dr Lannelongue vient d'être nommé Chef des travaux anatomiques à l'École de Médecine de Bordeaux, en remplacement de M. Guépin, démissionnaire.

— Par décret du 1er août 1864, ont été nommés Présidents des Sociétés de Secours mutuels :

De l'Association rhételoise, à Rhétel (Ardennes), M. le Dr Rebirotte-Labesse, membre du Conseil général des Médecins du département;

Des Médecins de Caen (Calvados), M. le Dr Vastel, Directeur de l'École préparatoire de Médecine.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(d'Août 1864).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE.			BAROMÈTRE.		DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS.
	Matin.	Midi.	Soir.	Matin.	Soir.			
				millimètr	millimètr.			
1	18,5	32,5	20	765,4	765,4	N.-O.	Beau.	Très belle journée.
2	17,5	26,5	18	766,4	764,3	Nord.	Beau.	*Idem.*
3	13,5	28,5	21	763,3	761,8	Nord.	Beau.	*Idem.*
4	17	31	21	762,8	763,8	N.-O.	Beau.	*Idem.*
5	17	33	23	765,4	764,3	Nord.	Beau.	*Idem.*
6	20	34,5	22,5	764,3	763,3	N.-E.	Beau.	*Idem.*
7	19,5	32,3	22	763,3	763,3	N.-O.	Beau.	*Idem.*
8	21	32	22,5	764,3	764,3	N.-O.	Beau.	*Idem.*
9	19	31,5	22	763,8	764,3	N.-O.	Beau.	F. nuages dans la soirée.
10	18,3	27	19	765,9	767,4	Ouest.	Beau.	Ciel nuageux.
11	14,2	26	18	769,5	769,5	Nord.	Beau.	Fr. le mat., b. j. Min., 12°
12	15	24,6	18	768,4	767,4	N.-O.	Beau.	Quelques nuages le soir.
13	16	26	16	766,4	766,4	N.-E.	Beau.	Très belle journée.
14	12	29,3	19	770,5	770,5	N.-E.	Beau.	*Idem.*
15	17	29	20	770,5	770,5	Est.	Beau.	*Idem.*
16	18	28	20	769,5	765,4	N.-E.	Beau.	
17	22	31,5	25	763,3	762,3	N.-O.	Couv.	Ciel nuag., temps lourd.
18	20	27	22	764,3	762,3	S.-O.	Couv.	Temps lourd.
19	19	27	19	756,1	755,1	Ouest.	Couv.	
20	19	27	20	763,3	765,4	Nord.	Beau.	Quelques nuages.
21	22	31,5	24	761,3	761,3	Sud.	Beau.	
22	23	31	24	761,3	761,3	Sud.	Beau.	Vent très vif, men. de pl.
23	22	27	21	758,2	758,2	S.-O.	Couv	V. viol., qques gout. de pl.
24	20	21,8	17	761,3	767,4	Ouest.	Couv.	Menace de pluie.
25	13	22,7	18	768,4	768,4	Ouest.	Beau.	Ciel très nuageux.
26	19	21	17	768,4	769,5	N.-O.	Couv.	Pl. tor. pend. 1/2 heure.
27	17	22	16	771,5	771,5	Nord.	Beau.	Ciel nuageux.
28	15	23	17	771	770,5	Nord.	Beau.	
29	17	24	17	767,4	766,4	Sud.	Beau.	
30	20	28	19	768,4	765,9	Sud.	Beau	
31	20	32	21	764,3	764,3	S.-O.	Couv.	

Résumé des Observations météorologiques d'Août 1864.

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	23° le 22.	34°5 le 6.	24° les 21 et 22.
Moindre..............	12° le 14.	21° le 26.	16° le 13.
Moyen	17°5 le 2.	28° les 16 et 30.	20° les 1, 15, 16 et 20.

Chaleur du milieu du jour : 17 jours de 21° à 28°. — 14 jours de 28°5 à 34°5.

BAROMÈTRE.

Maximum.................	771,5 mill. le 27.
Minimum............... ...	755,1 mill. le 19.
Medium.....	763,3 mill. les 3, 7, 17 et 20.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Toutes graduelles, à l'exception de celles du 18 au 19 et du 19 au 20.

DIRECTION DES VENTS...... Le vent a soufflé du nord........	7	fois.
nord-ouest..	8	»
ouest.........	4	»
sud-ouest....	3	»
sud	4	»
sud-est.......	»	»
est...........	1	»
nord-est.....	4	»

VENTS DOMINANTS : nord et nord-ouest.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux	24.
couverts....	7.
pluie	».
orage.............	».

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le mois d'août a été une longue série de beaux jours. Ce n'est que vers la fin du mois que le ciel s'est couvert à plusieurs reprises avec quelques petites menaces de pluie. Une seule fois, le 26, une forte et abondante pluie est tombée pendant une demi-heure, et a un peu ramolli le sol dont la sécheresse était grande et communiquait à l'atmosphère cette odeur particulière d'air élevé Dans les premiers jours, la chaleur a été excessive ; le thermomètre a marqué, le 26, 34°5, mais elle s'est tempérée d'une manière très sensible vers la fin. Les vents ont été parfois très vifs, surtout ceux du sud et du sud-ouest. La colonne barométrique s'est maintenue presque constamment très élevée. Le 19 seulement, elle a subi une dépression sensible pour remonter immédiatement. Aucun phénomène atmosphérique local n'a justifié cette dépression.

Bordeaux. Imp. GOUNOUILHOU, ancien hôtel de l'Archevêché (entrée rue Guiraude, 11).

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA MORT SUBITE PAR EMBOLIE PULMONAIRE DANS LES CONTUSIONS ET LES FRACTURES;

par M. le Dr AZAM,

professeur adjoint de Clinique chirurgicale, correspondant de la Société de Chirurgie.

(Lu à l'Académie de Médecine dans la séance du 7 juin 1864.)

De tous les accidents qui puissent frapper l'esprit du médecin, la mort subite est le plus effrayant; aussi les recherches de la science se sont portées avec prédilection sur ce sujet, et l'ont éclairé d'une vive lumière. Une des causes les plus communes de mort subite, l'embolie pulmonaire, a été reconnue, et l'on a étudié avec soin les états pathologiques qui favorisent son développement. Les travaux de MM. Legroux, Virchow, Cohen, Charcot, Ball, Lancereaux, etc., ont rétréci le champ de l'inconnu; mais la question est bien loin d'être épuisée, et toutes les causes de la thrombose sont loin d'être connues. Pour expliquer certains faits, nous sommes encore aujourd'hui forcés d'invoquer la diathèse ou l'idiosyncrasie, mots qui servent trop souvent à cacher l'imperfection de la science.

Un heureux hasard m'a mis à même d'observer un fait de mort subite arrivée dans des conditions peu ou point connues. J'ai étudié son mécanisme, je l'ai rapproché de quelques autres semblables, et j'en ai tiré des conclusions auxquelles la science ultérieure viendra, je l'espère, donner son appui.

Voici le fait que j'ai observé; après l'avoir raconté, j'en

rapprocherai par ordre d'importance les observations auxquelles l'explication que je donne peut être appliquée. Je le dis en commençant, mon but n'est pas d'ajouter un chapitre complet à l'histoire générale des embolies. Il est plus restreint et plus modeste : il consiste à appeler l'attention des chirurgiens sur un mode de coagulation du sang qui, j'en suis sûr, passe très souvent inaperçu et peut avoir les plus terribles conséquences.

Obs. I. — Marie N..., âgée de trente-six ans, domestique, est apportée à ma clinique de l'hôpital Saint-André, le 22 janvier 1864. Cette femme a fait une chute d'un lieu élevé et s'est fracturé la jambe droite.

La fracture siége dans le quart inférieur du tibia, elle est extrêmement oblique et offre une certaine difficulté à la réduction; en outre, le péroné est fracturé dans son quart supérieur; il n'y a pas de plaie, mais une large ecchymose démontre l'existence d'un épanchement de sang dans la partie postérieure de la jambe. Pendant les manœuvres de réduction, la malade est prise de convulsions avec perte de connaissance et hébétude au réveil; ces convulsions ressemblent à une légère attaque d'épilepsie.

Jusqu'à ce moment, la santé de Marie N... a été excellente; elle n'a jamais eu de convulsions semblables à celles que nous venons de signaler, ses membres inférieurs sont sains, sans plaies ni varices.

La réduction ayant été obtenue, j'applique un appareil de Scultet ordinaire que j'ai soin de surveiller; après une vingtaine de jours, il m'est démontré que la consolidation se fait. La malade est en parfait état de santé; le trente-quatrième jour, elle me dit qu'elle va très bien, et je lui promets de ne pas tarder à la faire marcher.

Le lendemain, 26 février, trente-cinquième jour après l'accident, j'apprends, en arrivant dans la salle, que Marie N... est morte subitement à cinq heures et demie du matin. La fille de service, passant auprès de son lit, lui a demandé si elle voulait le bassin.

Sur sa réponse affirmative, elle le lui a présenté. La malade, pour le laisser passer, fait un effort en saisissant la corde destinée à cet usage; aussitôt, la fille de salle voit sa figure se contracter, ses yeux se convulser en haut, et une couleur violacée, suivie d'une grande pâleur, envahir son visage. Elle pousse un profond soupir; elle était morte.

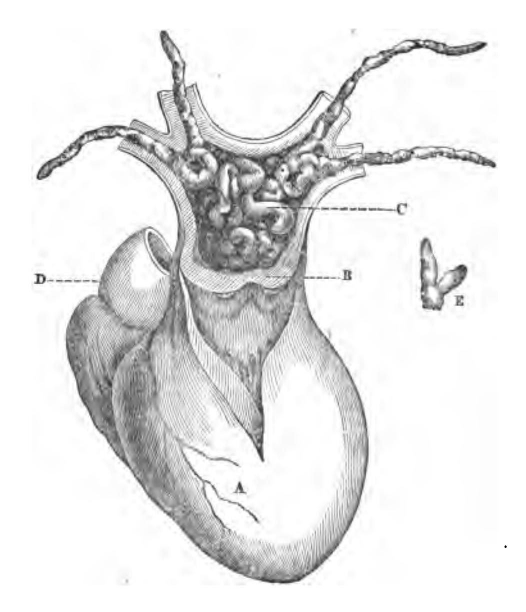
J'interroge la sœur et les voisines, et j'apprends que, bien que Marie N... ne m'en eût rien dit, elle s'était plainte depuis quatre ou cinq jours de malaises indéfinissables, et qu'à plusieurs reprises elle avait éprouvé des étouffements auxquels personne n'avait ajouté d'importance.

Autopsie. — Le souvenir de l'attaque épileptiforme qu'avait eue la malade et les contractions de la face qui avaient accompagné ses derniers moments devaient diriger mes recherches vers le cerveau. Je l'examine avec soin, il est parfaitenent sain; les organes de l'abdomen ne présentent aucune lésion; il n'existe aucun épanchement ni dans la plèvre, ni dans le péricarde; le cœur, un peu gras, présente son volume normal.

Prévoyant des caillots dans l'artère pulmonaire, je laisse le cœur tenir aux poumons, et, pénétrant dans le ventricule, j'ouvre du même coup de ciseau cette cavité de l'artère pulmonaire jusqu'à ses divisions. L'artère ouverte, je suis frappé, ainsi que les assistants, par un spectacle des plus intéressants.

Cette artère est remplie tout entière par une masse noirâtre qui a tout l'aspect d'une agglomération de sangsues. C'est un caillot, enroulé, pelotonné, remplissant non seulement tout le tronc de l'artère, mais encore les branches jusqu'aux ramifications de deuxième ordre; ce caillot déroulé, nous reconnaissons qu'il est constitué par des fragments ayant de 5 à 6 centimètres de long, et deux calibres distincts : les uns, mis bout à bout, mesurent environ 30 centimètres et ont la dimension d'une grosse plume d'oie; les autres, mesurant ensemble 17 centimètres, sont plus gros, ils ont le diamètre d'un porte-plume ordinaire. Il existe, en outre, un caillot irrégulicr de 3 centimètres de long et d'un diamètre triple du précédent; plus, un caillot fourchu très court provenant évidemment du confluent de deux veines; cette masse

était donc constituée par 50 centimètres de caillots variés, non compris le fragment bifurqué.



A. Ventricule droit.
B. Artère pulmonaire ouverte.
C. Caillot embolique.
D. Aorte.
E. Petit caillot fourchu.

Ces caillots sont libres dans l'artère pulmonaire, dont la membrane interne est parfaitement saine; son poli n'est en rien altéré, sa couleur est normale.

D'où venaient donc ces caillots et dans quelles veines avaient-ils été moulés?...

Le ventricule et l'oreillette droite sont vides et sains, la veine cave l'est également. Leur membrane interne est lisse et brillante. Nos recherches devaient alors naturellement se porter du côté du membre fracturé. Voici, en procédant de haut en bas, les altérations observées : .

Les vaisseaux fémoraux disséqués et mis à nu, on reconnaît au premier coup d'œil que la veine crurale, à partir de l'anneau de

ce nom, est distendue par un caillot considérable; ce caillot, irrégulier et présentant trois ou quatre bosselures noires, descend en diminuant de dimension vers la partie moyenne de la cuisse; sa partie la plus développée est au niveau de l'abouchement de la saphène; la veine ouverte avec soin jusqu'au niveau du creux poplité, nous étudions ce qui suit :

A partir de l'anneau crural, elle est complètement remplie et dilatée par un caillot violet très foncé, terminé en haut d'une manière irrégulière; ce caillot, très gros au niveau de l'abouchement de la saphène, descend en diminuant jusqu'à 8 centimètres au-dessous, point où existent les valvules; à partir de là jusqu'au creux poplité, il existe aussi, mais interrompu; les valvules sont partout remplies de petites masses moulées sur leurs culs-de-sac. Dans la cuisse, la couleur du caillot est la même, violet très foncé. En aucun point, il n'existe de dépôt fibrineux isolé, c'est du sang noir coagulé; partout, le coagulum présente un certain degré d'adhérence; en certains points, au niveau des valvules, cette adhérence est très solide, ainsi qu'au confluent de la saphène.

Les caillots enlevés, on reconnaît que la membrane interne de la veine présente un dépoli, un état tomenteux des plus évidents. Les tuniques sont un peu épaissies, mais le tissu cellulaire périveineux est parfaitement sain, nulle part il n'y a de trace de pus. Le caillot enlevé laisse après lui une lamelle mince, très adhérente, qui a tous les caractères d'une fausse membrane à son origine. J'avais eu l'occasion, quelques jours auparavant, de faire l'autopsie d'un homme qui avait succombé à une gangrène, suite d'artérite de l'artère fémorale. Il y avait la plus grande ressemblance entre les produits plastiques qui, dans les deux cas, recouvraient la membrane interne des vaisseaux. Cependant, je dois dire que dans l'artérite les fausses membranes étaient plus caractérisées.

La veine saphène contient dans sa partie supérieure un caillot mou, rosé, non adhérent, qui a tout l'aspect d'un simple caillot de dépôt dû à la stagnation du sang. Cette veine est parfaitement saine.

A partir du creux poplité et au niveau du confluent des veines profondes de la jambe, les lésions sont plus caractérisées; les caillots, plus noirs, paraissent plus anciens; ils sont plus durs et

plus adhérents; il en est de même dans les veines satellites des artères tibiale et péronière. Dans ces veines, les caillots sont en tout semblables à ceux qui constituent l'embolie; l'analogie est frappante : couleur, densité, dimension, tout s'y retrouve; cette identité est telle, qu'il est légitime de penser que les deux séries de caillots et le moule de bifurcation retrouvés dans l'artère pulmonaire ont été formés dans deux veines de la jambe, et étaient primitivement réunis dans le creux poplité par le caillot fourchu.

Poussant l'étude plus loin, nous reconnaissons que toutes les veines musculaires de tout calibre, invisibles d'ordinaire dans les autopsies, restent béantes à la coupe, remplies par des caillots noirs; cette particularité est surtout évidente au niveau de la fracture du péroné, située, avons-nous dit, au quart supérieur. Dans l'épaisseur des muscles du mollet, et surtout dans les péroniers, nous remarquons une grande quantité de petites masses noires variant de dimension d'un pois à un grain de petit plomb, et provenant, à n'en pas douter, de la contusion profonde qui a accompagné la fracture; mais nulle part ces caillots isolés ne sont accompagnés de traces d'inflammation ou de pus. Au niveau de la malléole interne, au-dessous de la pointe du fragment supérieur du tibia, existe un dépôt sanguin enkysté de la grosseur d'une noisette et de la même origine que les précédents. Il est très facile de différencier les caillots de cet ordre de ceux qui remplissent les veines. Ils sont plus durs et d'un noir grisâtre et non d'un noir violet.

Il est donc évident qu'il existait dans tout le membre inférieur une phlébite profonde, s'étendant depuis les foyers des fractures et le siége de la contusion qui les a accompagnés, jusqu'au niveau de l'anneau crural; mais cette phlébite avait si peu d'intensité, qu'elle a passé inaperçue du chirurgien comme de la malade. Nous rappellerons que la veille même de sa mort, celle-ci se trouvait si bien, qu'elle demandait qu'on lui ôtât son appareil. Il n'est cependant pas douteux qu'une exploration du trajet des veines par la pression n'eût trahi quelque symptôme. Cette phlébite était

tout juste assez intense pour amener la coagulation du sang.

On a certainement remarqué dans l'étude qui précède que la veine fémorale était complètement oblitérée par un gros caillot adhérent au niveau du triangle de Scarpa. Comment accorder cette oblitération avec l'existence, dans l'artère pulmonaire, de caillots moulés au-dessous d'elle?

Le mécanisme est facile à comprendre. Voici ce qui se sera passé : La coagulation du sang a commencé dans la jambe, tout l'indique, le siége des causes à invoquer, comme l'aspect plus ancien des caillots. L'embolie, partie de ce point, a été lancée dans la veine cave; elle y a flotté quelque temps, arrêtée par je ne sais quel obstacle; et, pendant ce temps, l'inflammation de la membrane interne montait de proche en proche et coagulait le sang jusqu'au haut de la veine crurale; pendant ce temps aussi, quelques fragments se détachaient du long caillot flottant, et s'introduisaient dans l'artère pulmonaire, amenant les malaises indéfinissables et les accès d'étouffement des quatre derniers jours. Puis un matin, la malade, saisissant la corde de son lit, fait un effort qui contracte vivement les muscles de l'abdomen. La veine cave est pressée, et le caillot tout entier s'engage et s'entasse dans l'artère pulmonaire. La malade est foudroyée. Il est une circonstance de l'autopsie qui présente un certain intérêt, je veux parler de la dimension considérable du caillot oblitérant la veine fémorale dans le triangle de Scarpa. Le vaisseau présentait en ce point le double de son calibre normal. Ce fait est explicable par la position de la malade : cette femme étant couchée, la veine cave était aplatie sur l'éminence iléo-pectiné, et, par suite de cette diminution de calibre, il existait en ce point un certain ralentissement du sang, condition d'accroissement du caillot.

Je rappellerai aussi que la partie supérieure de cette masse

sanguine était irrégulière. Il est probable que c'est de son sommet qu'a été détaché le caillot gros et irrégulier que nous avons trouvé dans l'artère pulmonaire, en sus des concrétions de petit calibre et du caillot fourchu.

Je rapprocherai de ce fait l'Observation que M. Velpeau a communiquée à l'Institut, dans sa séance du 7 avril 1862.

L'analogie est saisissante.

C'est M. Velpeau qui parle :

Obs. II. — Une femme âgée de quarante-six ans est entrée dans mon service à la Charité pour y être traitée d'une fracture comminutive de la jambe droite, le 9 mars 1862. Cette malade, d'une bonne constitution et d'un tempérament plutôt pléthorique que délicat, dit n'avoir jamais été sérieusement malade; on ne trouve dans ses antécédents ni dans l'état général actuel rien qui puisse être considéré comme cause prédisposante à la coagulation sanguine dont elle a été victime. Il n'en est pas de même de la fracture à laquelle on pourra peut-être rattacher la mort subite, indirectement, bien entendu, comme je le montrerai plus loin.

A son entrée à l'hôpital, la jambe était le siége d'un épanchement considérable; le volume du membre était notablement augmenté, si bien que sa circonférence dépassait de 11 centimètres celle du membre sain, ce dernier mesurant 33 centimètres, et la jambe fracturée 44; malgré la force de la violence extérieure, point de plaie aux téguments, aucune complication; un appareill de Scultet modérément compressif fut appliqué le lendemain 10, ainsi que des compresses résolutives. A partir de ce jour, on put constater la résorption graduelle de l'infiltration, la jambe diminuait sensiblement de volume de jour en jour, et au bout de trois semaines, il fut possible d'appliquer un bandage dextriné.

Cette application eut lieu le dimanche matin 30 mars; elle fut bien supportée, *quoiqu'un peu douloureuse.*

Le lendemain, 31, à la visite, la malade dit qu'elle a bien dormi et que sa jambe la fait moins souffrir. Rien alors n'indiquait que les choses dussent brusquement changer de face; à une heure,

elle fut prise de violentes palpitations de cœur, poussa un cri, devint livide et tomba morte. Les palpitations n'avaient pas duré plus d'une à deux minutes.

L'autopsie fut faite vingt-huit heures après la mort. L'aspect du cadavre ne présentait rien de très spécial, si ce n'est une congestion marquée de la face et des parties déclives.

La fracture était comminutive, le tibia présente deux solutions complètes de continuité, une en haut, au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, et une seconde en bas, à 10 centimètres de l'extrémité tarsienne. Il existe ainsi un fragment moyen complètement mobile, long de 22 centimètres; le péroné n'est rompu qu'en un point, à 13 centimètres de son extrémité inférieure.

L'épanchement sanguin infiltre toute l'épaisseur des parties molles de la région.

Les veines du côté sain ne contenaient aucune trace de lésion et l'on n'a pu y voir aucune trace de concrétion sanguine. Il n'en était pas de même du côté malade : les veines de la jambe droite, celles du côté de la fracture, présentent de petites concrétions qui deviennent nettes et volumineuses dans la fémorale, la veine iliaque externe et commune et jusque dans la partie inférieure de la veine cave; la fémorale est oblitérée par le coagulum. Celui-ci est exactement cylindrique, tantôt rouge foncé, d'autres fois rosé et rappelant la coloration des caillots emboliques. Il est élastique, résistant et un peu adhérent à la face interne du vaisseau; au niveau du point où la saphène s'abouche avec la fémorale, l'adhérence est plus complète en ce point aussi, et, dans une certaine longueur, sa coloration est encore moins rosée et se rapproche de celle qui est donnée comme caractère distinctif aux caillots actifs qui ne sont point survenus après la mort. A la partie supérieure de la veine fémorale et à la partie inférieure de la veine iliaque, il existe un coagulum dont j'ai mesuré exactement la longueur, 8 millimètres. Celui-là est beaucoup plus résistant que les autres, qui sont un peu spongieux et commencent à subir une transformation régressive, ce qui prouve bien que ce ne sont pas des caillots *post mortem*.

La face interne de la veine, jusqu'à la terminaison de l'iliaque, ne présente pas de traces d'inflammation, si ce n'est toutefois au

niveau de la saphène, où le caillot s'est déchiré plutôt que de se détacher de la paroi veineuse correspondante. De la veine cave inférieure au cœur, point de concrétions, rien que du sang liquide.

Le caillot qui a causé la mort est placé dans le tronc pulmonaire. Il fait saillie dans l'infundibulum, en formant une sorte d'anse ou de genou, et descend à 4 centimètres au-dessous des valvules sigmoïdes dans le cœur. Il occupe la lumière de l'artère à son origine, abaissant d'une manière complète une des sigmoïdes avec laquelle il est en rapport par sa face postérieure. Ce caillot a une forme toute spéciale, il est peletonné en forme de sangsue.

L'embolie est ainsi le résultat de l'enroulement du cylindre sanguin sur lui-même, et si elle oblitère la lumière du vaisseau, c'est en raison des espèces de circonvolutions qui la constituent, car sa largeur, que j'ai exactement mesurée, est loin d'égaler le diamètre de l'artère pulmonaire : elle est de 8 millimètres et correspond, dans sa portion terminale du moins, à l'épaisseur du caillot qui se trouvait dans la partie supérieure de la veine iliaque. Il semble ainsi qu'à un moment donné une portion du coagulum des veines inférieures se soit rompue au niveau de la veine iliaque; il n'est donc pas étonnant qu'on trouve à la partie terminale du caillot pulmonaire les dimensions du caillot iliaque, puisque d'après la théorie cette portion du caillot correspondait à la veine iliaque avant le départ de l'embolie. La consistance du coagulum n'a rien de spécial; sa longueur, autant que j'ai pu la mesurer sans le déplisser, est d'environ 36 centimètres. Sa coloration n'est pas homogène, la partie qui correspond à l'anse saillante dans l'infundibulum est rosée. A 3 ou 4 centimètres au-dessus des sigmoïdes, on trouve aussi une coloration rosée analogue à celle du caillot fémoral, près de la saphène. Dans les autres points, il est rouge foncé à cause des concrétions qui se sont ajoutées après la mort au caillot embolique lui-même. Le caillot pénètre jusqu'à la bifurcation de l'artère pulmonaire; à droite, il dépasse la première bifurcation de 3 à 4 centimètres seulement; à gauche, le caillot devient en quelque sorte multiple et se ramifie jusque dans les bifurcations de deuxième ordre.

Je lis dans les *Archives,* année 1837, la relation d'un fait de mort subite pendant la convalescence d'une entorse. Cette Observation est nécessairement incomplète. Il y a vingt-sept ans, on ne songeait pas aux embolies, et l'on n'a pas recherché s'il existait une thrombose des veines de la jambe.

Obs. III. — Le sujet est une femme de soixante-cinq ans, qui était dans le service de MM. Marjolin et Laugier pour y être soignée d'une entorse; elle devait quitter l'hôpital, lorsqu'elle succomba tout à coup, sans s'être plainte d'aucune indisposition. Au dire de ses voisines, elle avait depuis quelques jours des accès de dyspnée. L'autopsie démontra la présence dans l'artère pulmonaire d'un gros caillot bien organisé, se prolongeant dans ses divisions et ayant tous les caractères d'un caillot ancien. D'après l'auteur de l'observation, M. Bélie, ce caillot se serait formé sur place et serait dû à une inflammation spontanée de l'artère pulmonaire.

Il est possible que ce caillot ait cette origine, bien que les exemples authentiques en soient très rares; mais, je le répète, aucune recherche n'a été faite dans les membres inférieurs, et il ne répugne pas d'admettre que le caillot trouvé dans l'artère pulmonaire a pu avoir pour origine une thrombose de la jambe, consécutive à l'épanchement de sang voisin de l'articulation du coude-pied.

Je lis dans la Thèse de M. Renaud sur la mort subite (Strasbourg, 1863), le fait suivant :

Obs. IV. — Une femme âgée de quarante-six ans, service de M. le professeur Rigaud, ayant le tibia droit fracturé, portait un appareil inamovible depuis quarante jours. Tout allait bien, quand un matin, en se réveillant, elle affirme à sa voisine qu'elle n'a jamais passé une meilleure nuit, puis se retourne, se couche et meurt.

J'ai écrit à M. le professeur Rigaud pour savoir s'il y avait eu autopsie; je n'ai reçu aucune réponse.

Obs. V. — Un de mes amis et confrères, M. le docteur Labat, de Bordeaux, donnait des soins en ville à une femme âgée de quarante-deux ans, qui avait une fracture du péroné ; cette femme avait été jusqu'alors bien portante, sauf une obésité prononcée ; et jusqu'au vingt-cinquième jour de sa fracture, elle n'avait manifesté ni douleur ni malaise. Son mari la laisse seule quelques minutes pour aller dans la pièce voisine ; en rentrant, il la trouve morte.

Malheureusement, l'autopsie n'a pu être faite.

Je tiens de M. le professeur Gosselin le fait suivant, qui est inédit :

Obs. VI. — Une femme de son service, au trentième jour de traitement d'une fracture de la jambe, a été prise subitement d'accès de suffocation avec tendance à la syncope, anxiété épigastrique, couleur violacée de la face, et ces accidents, arrivés tout d'un coup, se sont rapidement dissipés.

M. Gosselin y a parfaitement reconnu les phénomènes qu'amène une embolie de petit volume lancée dans l'artère pulmonaire.

Il avait même pensé que cette embolie pouvait avoir pour origine le foyer de la fracture.

M. Bichet m'a aussi parlé d'une femme qui, pendant le traitement d'une fracture de l'humérus, a présenté des accidents singuliers de suffocation, de dyspnée avec tendance à la syncope, qui arrivaient subitement et se dissipaient de même. Ces phénomènes, qui lui paraissaient inexplicables, lui semblent pouvoir se rapporter à la même cause.

La valeur des Observations qui précèdent est, je le reconnais, bien différente ; les deux premières seulement sont incontestables. Les autres, dans lesquelles l'autopsie a été incomplète ou n'a pas été faite, n'ont qu'une valeur hypothétique, sauf cependant celle de M. Gosselin, qui est très caractéristique.

Il en existe certainement d'autres dans la science ; mais en

province, les recherches bibliographiques sont difficiles, et je ne puis les signaler.

(La fin au prochain numéro.)

OBSERVATION DEUXIÈME.

MALADIE DES VOIES URINAIRES

compliquée de deux accidents très graves ayant nécessité deux opérations faites avec succès;

PAR J.-J. CAZENAVE,
médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie impériale de Médecine de Paris.

Besoins presque incessants d'uriner, surtout la nuit; — préoccupations du malade à ce sujet; — violents efforts faits pour rendre quelques gouttes d'urine toutes les dix minutes; — ischurie survenant dans l'espace de vingt-quatre heures; — tentatives de cathétérisme échouant à cause d'un obstacle siégeant à l'origine de la portion prostatique de l'urèthre; — constatation d'une hypertrophie de la prostate; — résistance vaincue avec une sonde en argent qui paraît suivre le trajet normal du canal; — cathétérisme sans résultat et très inutilement renouvelé; — fatigue extrême du malade, douleurs *ischuriques*, hémorrhagie de l'urèthre et découragement de l'opérateur; — j'arrive chez ce malade trois heures après les essais infructueux de cathétérisme; — explorations à l'aide desquelles je constate une dilatation considérable de la vessie par l'urine, et une hypertrophie de la prostate; — j'échoue deux fois dans mes essais de cathétérisme, qui sont suivis d'une assez grande perte de sang; — soupçons sur l'existence d'une fausse route, et vérification matérielle de ces soupçons; — ponction sus-pubienne et soulagement immédiat produit par cette opération; — accidents occasionnés par la fausse route presque nuls; — canule hypogastrique enfoncée dans la vessie par la maladresse d'un garde-malade; — motifs pour lesquels je dus ne pas me servir des divers instruments imaginés pour extraire les corps étrangers accidentellement introduits dans

la vessie; — sorte de taille hypogastrique faite pour extraire la canule de la vessie; — guérison, mais obligation dans laquelle s'est trouvé le malade d'uriner par l'hypogastre jusqu'au moment actuel.

M. P. M..., propriétaire-cultivateur à Mérignac, banlieue de Bordeaux, était âgé de cinquante-deux ans au mois de décembre 1855, et jouissait d'une vigoureuse santé avant l'époque où je fus appelé pour lui donner des soins.

Vers les premiers jours du mois de septembre 1855, et à l'occasion de travaux excessifs, M. P. M..., jusque-là très bien portant, devint impatient, colère, très mécontent de toutes choses à propos d'une légère incommodité qui l'obligeait d'uriner beaucoup plus souvent que d'habitude, surtout la nuit. Cette fréquence des urines augmenta tellement, que le malade en fut inquiet, très préoccupé, bien qu'il eût conservé la même vigueur pour ses rudes travaux.

Quoi qu'il en fût, M. P. M... ne se plaignait jamais de l'état inquisitorial dans lequel le tenaient ses besoins presque incessants d'uriner. Néanmoins, le 2 décembre 1855, il fut obligé de faire beaucoup d'efforts pour rendre à peine quelques gouttes d'urine toutes les dix minutes. — Dès le soir même, la dysurie augmenta, la strangurie vint ensuite, et le lendemain, 3 décembre, la rétention d'urine fut complète.

Le médecin du malade, M. Guiraud, de Pessac, fut appelé, et décida, après avoir constaté l'état des choses, qu'on recourrait immédiatement aux lumières et à l'habileté d'un confrère de Bordeaux. Ce dernier médecin, pourvu de sondes de diverses formes et de divers calibres, arriva sans difficulté jusqu'à la portion prostatique de l'urèthre, mais fut arrêté là par un obstacle infranchissable, qu'il reconnut être une hypertrophie de la prostate. Cependant, à force de patience, d'essais et de tâtonnements, la résistance fut vaincue, la sonde sembla suivre le trajet normal de l'urèthre et arriver

au but, c'est à dire pénétrer dans la vessie. Mais pas une goutte d'urine rendue ne fut le résultat de ce cathétérisme, qu'on renouvela vingt fois peut-être sans être plus heureux, bien que la sonde fût, ou changée, ou nettoyée, ou introduite de diverses façons, et que cet instrument parût arriver dans la vessie, ce dont on s'assurait en introduisant l'index droit dans le rectum.

Ces tentatives de cathétérisme, si souvent renouvelées, fatiguèrent beaucoup le malade, ajoutèrent à ses douleurs *ischuriques*, déjà si violentes, ensanglantèrent l'urèthre, lassèrent et découragèrent l'opérateur, qui prit l'alarme et craignit d'occasionner quelque accident grave en continuant ses manœuvres.

Trois heures après ces mécomptes, ces non réussites de cathétérisme, j'arrivai chez le malade, où m'attendait son médecin, M. Guiraud.

Quand je fus informé de ce qui s'était passé, de ce qui était, des défiances et des inquiétudes qui assiégeaient l'esprit de M. P. M..., je le questionnai, le rassurai, lui dis que son état n'avait rien de grave, de compromettant, qu'il pouvait compter que je le ferais uriner, que je viderais complètement sa vessie et que tout serait dit. — Bien que rassuré par un langage aussi affirmatif, le malade ne put cependant pas se défendre de comparer sa position à celle d'une de ses connaissances intimes, d'un ami qui avait succombé naguère aux atteintes d'une maladie des voies urinaires de tout point pareille à la sienne.

Ayant, de la façon que je viens de le dire, vainement essayé de relever le moral de M. P. M..., des explorations, faites avec soin, me démontrèrent que la vessie contenait une très grande quantité d'urine, et qu'il existait une hypertrophie de la prostate.

Après avoir fait coucher le malade sur le côté droit de son

lit et avoir élevé le siége à l'aide d'un gros coussin très résistant, j'introduisis dans l'urèthre une sonde en gomme à crochets, conséquemment une de celles à l'aide desquelles on réussit le mieux en pareille circonstance, parcourus le canal librement, et ne fus arrêté qu'à sa portion prostatique qu'il me fut impossible de dépasser. — Cet essai de cathétérisme, fait avec tous les ménagements possibles, fut très douloureux, et occasionna une perte de sang assez considérable.

Quoique le malade répugnât beaucoup à laisser recommencer des manœuvres qui avaient été inutiles et fort douloureuses, quelques paroles fermes le ramenèrent, et je pus le décider sur-le-champ à laisser faire quoi que ce fût pour vider sa vessie.

Une sonde en gomme et à courbure fixe fut conduite sans difficulté jusqu'à l'obstacle, jusqu'à la résistance signalée; mais là, comme avec la sonde à béquille, je fus arrêté court et net, quelque insistance que je misse pour aller au-delà. — M. P. M... perdit encore beaucoup de sang, souffrit énormément de cette seconde tentative, et me parut être très découragé quoiqu'il m'eût laissé faire sans mot dire.

Vu mes deux insuccès, que j'attribuai à la trop grande flexibilité des instruments en gomme, j'essayai d'une sonde en argent de gros calibre. — Ainsi que cela m'était arrivé avec les sondes flexibles, je fus encore empêché par l'obstacle prostatique, que je franchis cependant assez facilement après de légères pressions faites sur lui. — *Quoique je fusse dans la bonne voie,* l'urine n'arriva pas, et cela parce que, très probablement me dis-je à part moi, des caillots bouchaient les yeux de l'algalie. Une injection, poussée par la sonde armée d'un mandrin en baleine destiné à fragmenter, à broyer les caillots si caillots il y avait, fut un expédient inutile.

Soupçonnant alors que le médecin de Bordeaux, qui avait le premier essayé de sonder le malade, pouvait s'être fourvoyé, je maintins la sonde que j'avais introduite par l'urèthre, introduisis mon index droit dans le rectum, et reconnus que l'instrument avait pénétré dans une voie accidentelle, dans une fausse route faite à travers l'espace qui sépare la prostate d'avec le rectum.

Comme l'ouverture de cette fausse route était évidemment sur la paroi inférieure de l'urèthre, je sortis la sonde, l'introduisis de nouveau, et fis suivre à son bec la paroi supérieure du canal pour ne pas me fourvoyer de nouveau dans le trajet accidentel. Cette manière de procéder me parut réussir : j'arrivai sans encombre jusqu'à l'obstacle prostatique, où la résistance que je rencontrai ne put être vaincue, malgré la prudente ténacité avec laquelle je manœuvrai. Force me fut donc de pénétrer dans la vessie par une autre voie.

Le malade accepta avec empressement et de très bonne grâce la ponction sus-pubienne que je lui proposai, que je fis en présence et avec l'aide de mes confrères les docteurs Charles Dubreuilh, de Bordeaux, et Guiraud, de Pessac (Gironde). Malgré le soulagement immédiat que produisit cette opération, les pertes de sang et les inquiétudes que M. P. M... avait éprouvées compromirent sa vie, et mes sollicitudes furent très vives pendant les quarante-huit heures qui s'écoulèrent après la ponction hypogastrique.

Des fomentations émollientes faites sur l'abdomen, des boissons tempérantes, acidulées, quelques tasses de bouillon de volaille et un sommeil de quatre heures amendèrent singulièrement l'état du malade.

Les accidents de la fausse route se bornèrent heureusement à une inflammation et à une suppuration modérées des tissus accidentellement traversés par la sonde.

Quatre jours après l'opération, c'est-à-dire le 7 décembre, M. Guiraud et moi changeâmes la canule hypogastrique, et laissâmes le malade aussi bien que possible.

M. P. M... étant veillé par son gendre pendant la nuit du 9 au 10 décembre, cet homme, excellent du reste, mais très maladroit et à moitié endormi, s'entrava dans un tapis en donnant de la tisane au malade, et alla tomber lourdement sur son beau-père et sur la canule hypogastrique en gomme, qui fut enfoncée dans la vessie.

Malgré cet accident, qui effraya beaucoup M. P. M..., l'urine continua de couler librement par la plaie sus-pubienne, et ce ne fut que huit heures après l'événement que je fus prévenu et que je me rendis auprès de l'opéré, que je trouvai souffrant, ayant le pouls plein, à 140, et redoutant ce que j'aurais à faire pour extraire la canule de la vessie. La douleur, modérée d'abord, augmenta rapidement, puis survint une hématurie considérable.

En pareille situation je ne crus devoir me servir d'aucun des instruments imaginés par Leroy d'Étiolles, Civiale, Auguste Mercier, Caudmont, Courty et quelques autres, pour extraire les corps étrangers de la vessie, ni même répéter des manœuvres que j'avais faites moi-même pour délivrer un malade dont la vessie contenait un long épi de blé sur lequel s'étaient juxtaposées plusieurs couches de concrétions pierreuses, des incrustations de phosphate ammoniaco-magnésien analysées par mon intime ami le docteur A. Boucherie (1); pour délivrer aussi une jeune fille

(1) « J'allais partir, m'écrivit le docteur Auguste Boucherie, pour porter à mon excellent ami Cazenave l'analyse qu'il m'a demandée.

» Les fragments de calcul qu'il m'a remis sont composés de phosphate ammoniaco-magnésien et de phosphate de chaux réunis par une quantité très notable de matière animale, et juxtaposés en grappes sur des morceaux séparés d'un long épi de blé. »

Le pédéraste *passif* à l'observation duquel je fais allusion, était

qui avait laissé s'égarer une épingle double à cheveux dans sa vessie; pour débarrasser encore un jeune homme d'un calcul volumineux qui s'était formé dans sa vessie à l'occasion d'une tige de fougère commune dont il se servait pour repousser des graviers qui cheminaient lentement et douloureusement dans l'urèthre, tige qui lui avait échappé des doigts dans un moment de préoccupation et de frayeur.

J'avais d'ailleurs un puissant motif pour m'abstenir de faire des recherches dans une vessie déjà malade, déjà très irritée, étant le siége d'une hémorrhagie dont la malencontreuse apparition s'expliquait très bien par une diathèse hémorrhagique qui avait été plusieurs fois observée chez M. P. M... à l'occasion de plaies insignifiantes, superficielles, d'applications de sangsues, etc., etc. — Ne savais-je

jeune, — vingt-sept ans, — marié, avait les formes et la beauté idéales d'Antinoüs, de cet ignoble favori d'Adrien. — Une première fois, et alors que cet homme était à peu près *in extremis,* je le débarrassai d'une courge, d'une calebasse desséchée (*Cucurbita-Lagenaria* de Linné), que deux de ses compagnons de débauche lui avaient très laborieusement introduite dans le rectum pendant qu'il était ivre-mort.

Je dus cette bonne fortune chirurgicale, si bonne fortune il y a, au docteur Dondats.

Un an après cette dégoûtante, très douloureuse et très compromettante équipée, ce même homme se réunit à cinq ou six de ses pareils en pédérastie pour dîner, et demeura jusqu'à onze heures du soir avec eux. Ce ne fut qu'au moment de se séparer de ces bandits, et alors que l'ivresse fut quasi complète, qu'on défia N... de s'introduire un long épi de blé dans l'urèthre. — Il accepta ce défi, se mit à l'œuvre, réussit malheureusement trop bien, souffrit horriblement d'une strangurie d'abord, puis d'une ischurie qui dura treize heures; treize heures après lesquelles étant à bout d'angoisses et d'inquiétudes, il poussa l'épi de blé dans la vessie avec une sonde en gomme qu'on lui avait procurée.

N..., qui ne m'avait pas donné signe de vie depuis le service que je lui avais rendu en le délivrant à grand renfort de manœuvres de la calebasse qu'on lui avait introduite si péniblement dans le dernier

pas, du reste, par ma propre expérience, par des faits tirés de ma pratique, que cette hémophilie est plus commune qu'on ne l'imagine, et qu'il faut y regarder à deux fois avant d'agir chirurgicalement chez des malades disposés à des hémorrhagies toujours sérieuses et souvent mortelles? Puis, deux ans avant d'opérer M. P. M..., n'avais-je pas eu à faire une lithotritie sur un client de M. Petit, de Cézac (Gironde), calculeux âgé, éminemment lymphatique, qui avait, sans que je le susse et sans que le sût son médecin, cette fâcheuse disposition de l'économie, cette diathèse hémorrhagique? Presque immédiatement après la première séance, en effet, une hématurie eut lieu, et le sang, très peu coloré, contenant beaucoup de sérum, peu de globules, peu de fibrine, et presque incoagulable, coula très abondamment et

intestin, cet homme, honteux sans doute de ce dernier acte, n'osa pas s'adresser à moi, et alla voir notre excellent et très distingué confrère le docteur Rey, de Bordeaux, qui l'effraya beaucoup en lui expliquant la gravité de sa position, et en lui montrant les instruments à l'aide desquels il se proposait de l'opérer. Cette terreur panique, assurément fort excusable, me valut un souvenir de l'oublieux malade, auquel j'avais cependant sauvé la vie une première fois.

Quoi qu'il en fût, cinq séances de lithotritie et de manœuvres diverses suffirent pour extraire de la vessie l'épi de blé sur lequel et autour duquel s'était incrusté et juxtaposé un calcul donnant 38 millimètres (20 lignes) d'écartement dans son grand diamètre.

Bien que la guérison de N..., qui avait le goût des abominables débauches de Sodome et de Gomorrhe, dût nous valoir, à M. Dondats et à moi, un peu de reconnaissance, ou tout au moins un simulacre de gratitude, nous ne le vîmes plus, et ne pûmes même pas avoir de ses nouvelles en nous adressant à ses voisins de la rue du Peugue, à Bordeaux, au nº 5 de laquelle il habitait un bouge infect où l'air et la lumière faisaient défaut.

On avouera sans peine, je crois, qu'il faut avoir une fière dose de philanthropie pour consacrer son temps et ses soins à des hommes aussi repoussants, aussi avilis, aussi dépravés que le misérable dont je viens d'esquisser à grands traits les phases plus qu'obscènes de ce qu'il avait l'audace d'appeler *ses malheurs !*

incessamment par l'urèthre. — Tous les moyens conseillés en pareil cas échouèrent, et ce ne fut qu'en désespoir de cause, peut-être trop tard, que je proposai, à l'exemple de Lallemand, de cautériser la vessie avec l'azotate d'argent solidifié. Ce moyen réussit comme il avait réussi en 1847 au célèbre professeur que je viens de nommer, sur un malade placé dans le service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité.

Beaucoup plus récemment, une hématurie, succédant à une lithotritie faite par un des plus célèbres chirurgiens de notre époque, résista à tous les moyens employés, et fut mortelle en moins d'une heure !

Donc, prenant en très sérieuse considération les faits pratiques que je viens d'exposer, force me fut de prendre le taureau par les cornes, de ne pas suivre les routes battues, et d'arriver à mes fins par une détermination hardie peut-être, mais réfléchie, fondée en raison, ce me semble, et légitimée par le succès.

Le lendemain de la triste mésaventure de M. P. M... (11 décembre), j'introduisis un bistouri boutonné—tranchant en bas — dans la plaie hypogastrique et dans la vessie, et incisai les tissus de la ligne médiane dans l'étendue d'un centimètre et demi, en me dirigeant vers la symphyse pubienne. Cette incision, ce diminutif de la taille hypogastrique, faits en présence et avec l'aide des docteurs Charles Dubreuilh, de Bordeaux, et Guiraud, de Pessac, me permirent d'introduire facilement une pince à polype dans la vessie, et d'extraire la canule sans difficulté.

Je laissai reposer le malade le 12 et le 13 décembre, et ne plaçai une nouvelle canule à l'hypogastre que le 14, en prenant toutes les précautions pour que les urines ne coulassent pas incessamment entre la canule et la plaie hypogastrique, n'irritassent, n'enflammassent et n'ulcérassent pas les surfaces cutanées environnantes, ce qui eût

été une complication douloureuse et dangereuse à la fois.

Du 15 au 17 décembre le malade alla parfaitement; les urines passèrent toutes par la canule dès le 22, et l'incision, faite à l'hypogastre, fut cicatrisée le 30.

Depuis longtemps déjà, et dans le but de délivrer le malade de sa canule hypogastrique qui le gênait beaucoup, j'avais examiné les choses de très près, et m'étais assuré, d'une part, et en explorant par le toucher rectal, que la prostate était également hypertrophiée à droite, à gauche, sur la ligne médiane; qu'elle était dure, inégale, un peu bosselée, très probablement lardacée, cartilagineuse, et peut-être squirrheuse. D'un autre côté, des explorations de la vessie, de son col et de la portion prostatique de l'urèthre, faites avec des instruments *ad hoc,* m'avaient démontré que le réservoir des urines ne contenait aucun corps étranger, que le col vésical pouvait être circonscrit en entier, et qu'il n'existait conséquemment aucune saillie, aucune valvule prostatique. — Ces données, qu'on acquiert maintenant avec certitude, démontraient très évidemment, ce me semble, que l'hypertrophie de la prostate était générale, mais extra-vésicale; qu'elle était de nature lardacée, cartilagineuse, peut-être squirrheuse; qu'elle oblitérait l'urèthre mécaniquement, par pression, localement; que les sondes pénétraient dans la vessie, mais que dès qu'on les retirait, la prostate, qui avait été déprimée, écartée par elles sur un point, réagissait par une force élastique comme un ressort comprimé, fermait, oblitérait la portion prostatique du canal, et s'opposait nécessairement, absolument à l'émission des urines.

Ce malade, que je ne vois pas depuis très longtemps parce qu'il habite la campagne, me paraît pouvoir être débarrassé de la canule hypogastrique en toute sûreté puisqu'on peut le sonder facilement, puisqu'on pourra vider sa vessie, et l'apprendre à se sonder lui-même.

Je chercherai à voir M. P. M..., et me chargerai très volontiers de le sonder, de l'apprendre à se sonder. — Il faut bien qu'il le sache, l'hypertrophie prostatique dont il èst porteur ne peut être ni guérie, ni palliée par aucun des moyens dont la science dispose, pas même par la compression dont j'ai cependant obtenu d'excellents résultats sur quelques malades dont j'ai écrit l'histoire dans ma monographie inédite sur les engorgements chroniques et les tumeurs de la glande prostate, simulant dans certains cas la paralysie de la vessie, monographie couronnée par la Société de Médecine de Bordeaux.

OBSERVATION TROISIÈME.

Lithotritie faite avec succès.

Néphrite légère revenant de mois et demi en mois et demi; — accès de colique néphrétique, de néphrite calculeuse le 10 janvier 1852; — quatre mois après, stranguine occasionnée par l'arrêt d'un petit calcul au col de la vessie; — refoulement de ce calcul par un pétiole des feuilles de la fougère commune; — rupture de ce pétiole qui tombe dans la vessie; — nouvelle strangurie et accidents occasionnés par la présence du corps étranger dans le réservoir des urines; — évacuations naturelles et par fragments du pétiole de fougère; — essais d'exploration; — vessie très irritable ne supportant pas les injections, ne permettant au brise-pierre que des mouvements très bornés; — impossibilité d'établir un diagnostic; — traitement de la néphrite calculeuse; — état souffrant mais supportable du malade pendant une année; — 10 juin 1853, strangurie et phénomènes morbides vivement accusés; — petit calcul arrêté au bulbe de l'urèthre et poussé dans la vessie avec une sonde en argent; — cessation immédiate de la strangurie; — le malade refuse d'être chloroformé pour faire une exploration; — terreurs du malade; — impossibilité d'introduire une sonde en gomme d'abord, puis une sonde en argent dans l'urèthre; — injection vésicale faite sans sonde; — la vessie ne supporte la présence d'aucun liquide, et force m'est de manœuvrer à sec; — brise-pierre

très lentement mais très difficilement introduit dans la vessie; — impossibilité d'ouvrir l'instrument et de manœuvrer; — potion opiacée administrée cinq heures avant de réintroduire le brise-pierre; — une injection faite dans la vessie n'est pas supportée; — introduction du brise-pierre à l'aide duquel je saisis et broie un calcul ayant 4 centimètres de diamètre; — rien de fâcheux ne survient après cette séance de lithotritie; — cinq jours après cette première manœuvre, le malade rend beaucoup de détritus, beaucoup de sable et huit ou dix fragments de calcul; — gros fragment s'arrêtant au col de la vessie; — je repousse ce fragment dans le réservoir urinaire; — nouvelle potion opiacée donnée avant la séance de lithotritie; — injections vésicales essayées mais impossibles; — fragments de calcul pris, repris et broyés un quart-d'heure durant; — beaucoup de sable et de fragments rendus vingt-quatre heures après; — je refoule dans la vessie des fragments de calcul qui encombrent son col, et en extrais une grande quantité en me servant d'un brise-pierre à cuillers fort larges, et en revenant six fois de suite à la charge; — troisième et dernière séance de lithotritie très facile; — sable et grand nombre de fragments de calcul rendus deux heures après cette séance; — guérison.

M. F..., propriétaire à Cardan, canton de Cadillac-sur-Garonne (Gironde), vingt-huit ans, bonne santé habituelle, sobre, laborieux, avait quelquefois éprouvé des douleurs sourdes, profondes et continues dans les deux régions rénales, mais principalement dans la gauche, accompagnées de légers frissons et de l'émission rare et en petite quantité des urines. Ces douleurs rendaient les flexions du tronc et le décubitus en supination si difficiles, que le malade était obligé de renoncer à tout travail et à tout mouvement. — A ces phénomènes se bornaient toujours les symptômes de néphrite, la résolution s'opérait après cinq ou six jours de durée, et tout était terminé jusqu'à nouvel ordre. — A part ces dérangements, qui se répétaient à peu près de mois et demi en mois et demi, et qui diminuaient graduellement d'intensité sous l'influence des bains prolongés, des cata-

plasmes très chauds appliqués sur les lombes, des boissons douces et mucilagineuses, de quelques purgatifs pris à des intervalles éloignés et d'un régime très doux, à part ces dérangements, que le malade, fort difficile à émouvoir alors, même par la douleur, disait être plus gênants que douloureux, rien de bien remarquable ne s'était manifesté chez lui lorsque, le 10 janvier 1852, un véritable accès de colique néphrétique, de néphrite calculeuse, éclata par une invasion brusque caractérisée par une douleur excessive, par la suppression instantanée des urines, par une extrême agitation, par l'altération des traits, par la petitesse et l'irrégularité du pouls. — A la suite de ce violent accès, qui dura près de quinze heures, M. F... rendit plusieurs petits calculs par l'urèthre, ce qui produisit un soulagement immédiat.

Quatre mois après cette néphrite calculeuse, c'est-à-dire le 12 mai 1852, M. F..., subitement, instantanément, ne put uriner que difficilement, que goutte à goutte, et crut sentir ou un calcul, ou un fragment de calcul arrêté au col de la vessie. — Désirant être soulagé sur-le-champ et ne voulant pas attendre l'arrivée de son médecin, M. Guiraud, qui demeurait fort loin et qu'on ne trouverait peut-être pas chez lui, le malade alla chercher un long pétiole de fougère commune ou aquiline (*Sleris aquilina* de Linné), l'introduisit dans l'urèthre jusqu'au col de la vessie, et fut assez heureux pour refouler le calcul dans la poche urinaire. L'introduction de ce pétiole dans l'urèthre fut heureuse, bien inspirée, mais le retour, le retrait, l'extraction de ce même pétiole fut impossible, soit à cause de la maladresse du malade, soit à cause de sa frayeur, de ses préoccupations, soit à cause du spasme du canal. — Au bout du compte, il y eut rupture, et six travers de doigts — 11 centimètres environ — de ce support des feuilles de la fougère commune restèrent dans l'urèthre, et arrivèrent bientôt dans la vessie en vertu

d'une loi qui n'est pas encore expliquée, de cette loi physiologique qui fait, a-t-on dit, que tous les canaux excréteurs, après l'acte d'émission, jouissent d'une sorte de retrait, de mouvement anti-péristaltique excité par les dernières parties de la matière excrétée, et qui tend à les ramener violemment vers leurs réservoirs.

Pendant les vingt-six jours qui suivirent cet accident et la présence du pétiole de fougère dans la vessie, M. F... urina difficilement, fréquemment, souffrit beaucoup de la vessie, de son col, surtout du gland, et rendit des urines épaisses, bourbeuses, très colorées, catarrhales et répandant une odeur infecte. — La fièvre, l'insomnie, la soif, le défaut d'appétit, un amaigrissement notable, furent les conséquences inévitables de la néphro-cystite.

Néanmoins, le malade, quoique très souffrant, avait une grande énergie morale, et voyait avec plaisir la vessie se débarrasser tous les jours de quelques fragments ramollis du pétiole avec accompagnement d'une grande quantité de muco-pus constituant un catarrhe non essentiel du réservoir des urines.

Le mauvais état des voies urinaires et les souffrances de M. F... continuant, sa famille et lui-même acceptèrent la proposition qui leur fut faite par M. Guiraud de me faire appeler [1].

J'allai à Cardan le 12 juin 1852.

Après avoir recueilli de M. Guiraud et du malade lui-même les faits que je viens de raconter, je procédai à une exploration de l'urèthre et de la vessie.

L'urèthre avait son calibre normal.

La vessie étant très irritable, ne supportant pas les injections et ne permettant à la sonde à inclinaison de Leroy

[1] Mon confrère habitait alors la petite ville de Rions (Gironde).

d'Étiolles ou au brise-pierre, alternativement introduits, que des mouvements très bornés, il me fut impossible de savoir à quoi m'en tenir sur l'existence ou la non existence d'un calcul vésical, incrusté ou non incrusté sur le pétiole de fougère.

Jusqu'à plus ample informé, je dus déclarer au docteur Guiraud et à la famille du malade que je pouvais m'être trompé dans mes appréciations en croyant trouver dans la vessie, sinon un gros calcul, du moins un ou plusieurs débris du pétiole de fougère recouverts d'incrustations phosphatiques.

Concurremment avec mon confrère M. Guiraud, il fut arrêté que M. F... serait traité de façon à prévenir, autant que faire se pourrait, de nouvelles attaques de coliques néphrétiques, de néphrite calculeuse, et envoyé à Vichy s'il y avait lieu. Ce fut dans ce but que nous prescrivîmes le traitement conseillé en cas pareil.

Depuis le 12 juin 1852, jour de mon voyage à Cardan et des explorations incomplètes faites dans la vessie, depuis ce jour jusqu'au 9 juin 1853, — espace juste d'une année, — M. F... fut plus ou moins souffrant, mais n'eut aucune attaque de néphrite calculeuse. — Néanmoins, dans la nuit du 9 au 10 juin 1853, et cinq heures après avoir mangé, le malade éprouva tout à coup une difficulté d'uriner accompagnée de très vives douleurs au col de la vessie, d'un frisson qui dura une demi-heure, du vomissement des aliments, puis d'un violent accès de fièvre.

Des lavements émollients, des boissons tempérantes, un bain de siége frais, et une potion légèrement opiacée calmèrent un peu cet état, et donnèrent assez de répit au malade pour lui permettre de venir à Bordeaux, où je le vis presque immédiatement après son arrivée.

M. F..., souffrant toujours du col de la vessie et n'urinant que goutte à goutte, j'introduisis une sonde en argent de

moyen calibre dans l'urèthre, et fus arrêté tout proche du bulbe par un corps dur, rugueux, qui céda à une pression un peu forte faite sur lui avec l'algalie, et tomba dans le bas-fond de la vessie qui fut vidée à l'instant même d'une grande quantité d'urine.

Bain, — boissons tempérantes, — quart de lavement froid et laudanisé, — bouillon de volaille, — frictions faites sur le périnée et à la marge de l'anus avec une pommade légèrement belladonée.

Ce traitement et un repos de quatre jours suffirent pour calmer les souffrances du malade, que je pus soumettre à une exploration pour laquelle il refusa formellement d'être chloroformé, tant on lui avait exagéré les dangers auxquels s'exposaient les personnes qu'on *anesthésiait*, qu'on *insensibilisait* en recourant à l'agent merveilleux et terrible.

14 juin. — Muni de tout ce qu'il fallait pour explorer la vessie et pour broyer le calcul ou les calculs, si calcul ou calculs il y avait, le très intelligent docteur Charles Dubreuilh, chirurgien en chef actuel de la Maternité de Bordeaux, et mon aide alors, voulut bien m'assister.

Quand M. F... fut convenablement placé pour l'exploration, la peur s'empara de lui, il trembla de tous ses membres, se raidit, se déroba aux étreintes des personnes qui essayaient de le maintenir, nous supplia de le traiter doucement, sans contrainte, et nous dit qu'il laisserait faire.

L'introduction d'une sonde à courbure fixe dans l'urèthre fut impossible à cause d'un spasme violent de ce canal. Celle d'un instrument en argent ne réussit pas davantage, quelque lenteur que je misse et quelques précautions que je prisse pour calmer la frayeur du malade et pour ne pas violenter l'urèthre par des brusqueries de mains.

De guerre lasse, je fis une injection sans sonde avec une seringue à syphon inoffensif, et en tendant la verge. — Ce

moyen terme réussit. Mais à peine un quart du liquide eut-il pénétré dans la vessie, que ce réservoir se contracta énergiquement et chassa tout ce qu'il avait reçu. — Une seconde, une troisième tentatives n'ayant pas réussi, je me décidai à opérer sans injection préalable, à manœuvrer à sec.

Le malade voulant absolument savoir à quoi s'en tenir sur la présence ou sur l'absence d'un corps étranger dans la vessie, nous fit de belles promesses, prit son courage à deux mains et demeura immobile. — Le brise-pierre ayant été introduit lentement dans l'urèthre, je ne pus le faire avancer que par intervalles et le faire pénétrer dans la vessie qu'à l'aide d'un artifice qui m'a très souvent réussi, surtout chez les enfants, et que je décrirai dans le courant d'un très prochain travail. Néanmoins, à force de patience et d'encouragements donnés à M. F... par le docteur Charles Dubreuilh et par moi, nous parvînmes à calmer ses appréhensions, et pûmes pénétrer dans la vessie où je découvris immédiatement un corps dur à collision évidente, mais mate. — A peine ce résultat fut-il obtenu, que la vessie se contracta, coiffa l'instrument, et l'enserra de façon à ne pouvoir ni en écarter les branches, ni le sortir de la vessie.

Des applications réfrigérantes faites sur le périnée, sur le scrotum, à l'hypogastre, et une attente de quatre ou cinq minutes suffirent pour faire cesser ces contractions spasmodiques de la vessie et pour dégager le brise-pierre.

Pas de fièvre, pas d'accidents, mais seulement quelques difficultés un peu douloureuses pour la miction.

Bain de tilleul; — potion calmante éthérée; — quarts de lavements émollients et froids matin et soir; — bouillons de volaille alternés avec du lait froid sucré additionné de quelques gouttes d'eau de laurier-cerise.

15, 16 et 17 juin. — Repos et alimentation augmentée. Les choses vont très bien.

18 juin. — Le malade ne voulant absolument pas entendre parler de chloroforme, je lui fis prendre une potion opiacée cinq heures avant d'explorer la vessie et d'opérer, sachant bien que les opérations les plus simples peuvent donner lieu à des troubles nerveux. J'ai eu assez fréquemment l'occasion de recourir à ce moyen alors qu'il s'agissait, ou d'un simple cathétérisme, ou d'une exploration de la vessie, ou de faire une lithotritie sur des malades irritables, pour en user avec circonspection et toujours avec fruit.

La tendance au sommeil et la légère stupeur que cette potion produisit eurent plusieurs avantages : d'abord celui de faire éviter toute préoccupation quant à l'opération; puis celui de supprimer l'appréhension de la douleur; puis encore celui d'amoindrir, de soulager cette douleur, celui enfin de diminuer l'état nerveux, l'irritabilité, les manifestations spasmodiques.

Une injection faite sans sonde ne fut pas supportée, mais le brise-pierre put être introduit dans l'urèthre et dans la vessie avec assez de facilité. Seulement cette vessie, surprise, douloureusement impressionnée par le contact de l'instrument, se contracta sur lui et l'étreignit. — Après quelques moments d'attente et le lavage rapide du périnée, du scrotum et de la face interne des cuisses à l'eau froide, les parois de la vessie se relâchèrent, donnèrent de l'espace et me permirent d'écarter les branches de l'instrument et de prendre, de presser, d'écraser un calcul qui mesurait 4 centimètres de diamètre.

L'état somnolent du malade et la presque impassibilité de la vessie me donnèrent le temps de prendre et de broyer le calcul une vingtaine de fois, en me servant de la vis et de l'écrou.

Le calcul était résistant, et éclatait sous les mors de l'instrument avec des craquements très distincts.

Bain ; — continuation des mêmes moyens.

19, 20, 21 et 22 juin. — Assez de calme; pas de fièvre. Le malade ne rendit aucun débris de calcul pendant ces quatre jours.

23 juin. — Dans la matinée, le malade rendit beaucoup de sable et une dizaine de fragments de calcul durs, anguleux, de diamètres variés, mais ayant traversé la filière de l'urèthre sans de trop sérieuses difficultés.

Dans la nuit du 23 au 24, un gros fragment de calcul s'arrêta au col de la vessie, fit beaucoup souffrir le malade, occasionna une strangurie, toutes choses qui impressionnèrent et découragèrent M. F...

24 juin. — Le matin, à huit heures, je repoussai le fragment de calcul dans la vessie, ne prévins pas M. F... que je ferais une séance de lithotritie le lendemain, prescrivis la potion opiacée qui m'avait si bien réussi déjà, et recommandai de dire au malade que j'étais absent et que je ne l'opérerais que dans trois jours.

25 juin. — Ces précautions ayant été prises, le docteur Charles Dubreuil et moi arrivâmes à l'improviste chez le malade, qui était sous l'influence de l'opium, somnolent, et ne pouvant conséquemment pas s'occuper de ce qui se passait autour de lui.

Mon essai d'injection dans la vessie n'ayant pas mieux réussi que les autres fois, force me fut de faire une seconde séance de lithotritie sans ce précédent, séance que je prolongeai pendant un quart-d'heure sans que le malade se plaignît, se raidît et parût souffrir. — En manœuvrent de cette façon, je pus prendre le calcul ou des fragments une cinquantaine de fois, les broyer et les moudre, si je puis ainsi parler, mais sans terminer ces manœuvres, d'ailleurs si heureuses, par des injections et des lavages de la vessie qui étaient impossibles, du moins pour le moment.

Pas d'accidents.

Bain; — lavements émollients et froids; — cataplasmes sur l'hypogastre; — bouillons alternés avec du lait sucré froid, additionné de quelques gouttes de laurier-cerise.

26 juin. — La vessie expulse beaucoup de sable et une trentaine de fragments de calcul.

D'ailleurs état parfait.

Continuation des mêmes moyens.

27 juin. — Le malade ne rendant plus ni sable, ni fragments de calcul, et ayant uriné très difficilement pendant toute la nuit, j'introduisis dans l'urèthre une assez forte sonde de Mayor, refoulai dans la vessie des fragments de calcul qui encombraient l'orifice vésical du col et le col lui-même, et en sortis beaucoup en six charges faites avec le brise-pierre à cuillers profondes. — Le docteur Charles Dubreuilh me fit remarquer parmi les fragments un morceau de pétiole de fougère sans incrustation phosphatique, qui avait 6 millimètres de long tout au plus.

28 juin. — M. F... fut très rassuré sur les suites de sa maladie, ne redouta plus les séances de lithotritie, et crut pouvoir nous assurer que tout marcherait bien, son bon vouloir aidant.

29 juin. — Une injection dans la vessie faite sans sonde fut possible, fut gardée, et la troisième séance de lithotritie fut d'une exécution très facile, bien que j'eusse encore trouvé six fragments de calcul fort durs, ayant de 4 à 6 millimètres de diamètre. Je broyai ces fragments pendant plus d'un quart-d'heure, en laissant reposer le malade trois fois.

M. F... rendit, deux heures après la séance, et pendant les deux jours qui suivirent, beaucoup de sable et un très grand nombre de fragments ayant à peine les dimensions d'une toute petite lentille.

30 juin et 1er juillet. — L'opéré alla très bien, et pas le moindre incident n'entrava la marche des choses.

Bain, — lavement, — potage, — volaille, — eau rougie pendant les repas.

4 juillet. — Le malade ne rendant plus ni sable, ni débris de calcul, le docteur Charles Dubreuilh et moi arrêtâmes que nous ferions une exploration le lendemain et une quatrième séance de lithotritie si nous la jugions nécessaire.

5 juillet. — Des recherches dans la vessie furent faites de façon à me permettre d'affirmer que cette poche ne contenait plus un atome de corps étrangers.

6, 7, 8 juillet. — Promenades, bonne alimentation. Bien-être complet.

9 juillet. — Dernière exploration négative et parfaitement supportée. — Guérison qui ne s'est jamais démentie.

L'analyse des fragments de calcul, faite par M. Fauré, donna les résultats suivants :

Acide urique	53,50
Urate d'ammoniaque	8,25
Phosphate de chaux	36,75
Mucus vésical	1,50
	100,00

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

De la compression de l'utérus dans le cas d'hémorrhagie interne après l'accouchement. — La compression de l'utérus peut favoriser la délivrance, mais une pratique analogue peut avoir un pareil succès contre l'hémorrhagie interne post-puerpérale. Un fait intéressant que publie la *Gazette médicale de l'Algérie,* dû à Mlle Puéjac, professeur du cours départemental d'accouchement d'Alger, appuie cette pratique.

« Au mois de mars dernier, cette habile sage-femme fut appelée à

la Maison-Carrée pour donner ses soins à Madame D... âgée de trente deux ans, arrivée au terme d'une troisième grossesse et qui éprouvait les premiers symptômes de l'accouchement. Celui-ci se fit régulièrement, l'utérus se rétracta et la délivrance ne présenta rien de particulier. Après avoir mis une bande autour du ventre de l'accouchée, Mlle Puéjac s'occupa de l'enfant. Quelques minutes après elle fit une question à Madame D..., et celle-ci ne répondant pas, elle s'approcha d'elle, la trouva affreusement pâle et presque sans pouls. Ici, nous laisserons parler l'auteur de l'observation :

« Je soulevai la couverture, dit Mlle Puéjac : il y avait fort peu de » sang entre les cuisses; on sentait la matrice à travers les parois » abdominales, molle et un peu développée; j'ôtai du vagin quel» ques caillots de peu de volume. Des lotions d'eau vinaigrée fraîche » sur l'hypogastre et sur les tempes, et un courant d'air bien établi » dans la chambre, ranimèrent la malade; des contractions se réveil» lèrent, l'écoulement diminua, le pouls se rétablit, Madame D... re» vint parfaitement en possession de ses facultés.

» Par mesure de précaution, j'envoyai chercher du seigle ergoté et » des citrons. On n'en put trouver chez l'unique pharmacien du village.

» Une demi-heure après, le même accident se renouvela avec des » symptômes beaucoup plus effrayants. La face était méconnaissable, » la respiration faible, courte et saccadée, le pouls imperceptible. Je » fis encore ce que j'avais déjà fait, mais la perte ne s'arrêtant pas, » Madame D... devenant de plus en plus faible, je pensai à la com» pression de l'aorte comme dernière ressource. L'utérus se contrac» tait à de rares intervalles et sous la seule influence des excitations » faites dans sa cavité. Je profitai d'une contraction pour chercher » l'aorte; mais rencontrant une grande dépressibilité dans les muscles » abdominaux, dépressibilité qui me laissait contourner l'utérus pres» que en totalité, j'abandonnai mon projet relatif à l'artère. J'enfermai » l'organe gestateur dans mes deux mains posées aux parties antérieu» res et latérales, et là je le comprimai de toutes mes forces. Fatiguée » de le maintenir rétracté pendant un quart d'heure, je me fis » remplacer par le mari. Cette compression ayant duré ainsi de » trente-cinq à quarante minutes, la femme revint à elle; une voisine » lui donnait de temps en temps quelques cuillerées d'eau rougie; le » pouls se releva, et tout rentra dans l'ordre.

» Huit jours après, Madame D... se levait et pouvait vaquer à ses » occupations habituelles. »

» Après avoir fait remarquer que la paroi abdominale n'offrira pas toujours la dépressibilité qu'elle rencontra chez cette dame, M[lle] Puéjac émet l'opinion très fondée que chez beaucoup de femmes, particulièrement chez les multipares maigres, et dont le ventre a été très développé pendant la grossesse, la dépressibilité dont il s'agit existera toujours d'une manière suffisante pour qu'on sente le globe utérin et qu'on puisse exercer sur lui la compression directe dont les effets ont été si notables dans l'observation que nous venons de reproduire. »

De la sensation douloureuse éprouvée par les jeunes enfants soulevés brusquement par les poignets; par le docteur Bourgeois, d'Étampes. — Je veux dire un mot sur la petite lésion, très fréquente du reste, *bien qu'encore innommée,* qui se produit lorsqu'on vient à soulever brusquement par les poignets de jeunes enfants de dix-huit mois à trois ans, en général. Les uns la font siéger dans le poignet, d'autres dans l'épaule, le plus grand nombre la placent dans le cou, sans spécifier, ou enfin, et je suis de ce nombre, dans l'article supérieur du cubitus et du radius.

Aussitôt ce mal produit, le petit blessé pousse des cris affreux, son bras tombe étendu le long du corps et se porte un peu en arrière, l'avant-bras, dans une assez forte pronation. Il n'est pas très rare de sentir, pendant le soulèvement du corps, un léger craquement. Si c'est une bonne ou une personne étrangère qui sont cause de l'accident, ils vous rapportent fréquemment, pour échapper à la responsabilité, que l'enfant est tombé simplement sur le bras.

La douleur est habituellement si forte, que le jeune malade refuse de manger ou au moins ne mange que fort peu durant la première journée; mais, bien que la peau soit chaude et couverte de sueur, par suite de l'extrême agitation de l'enfant et de ses plaintes, on n'observe guère de fièvre proprement dite.

Quand même le mal est abandonné sans traitement, le bras simplement placé dans une écharpe, la douleur devient de plus en plus tolérable; après deux ou trois jours les mouvements reviennent et tout rentre dans l'ordre habituel, sans qu'alors j'aie jamais observé de résultat sérieux. Mais il est fort rare, en raison de l'extrême souffrance et de l'immobilité du membre, que la mère ou les parents ne vous conduisent pas le blessé à une époque ordinairement très rapprochée de l'événement, et je dois dire ici que la lésion qui fait l'objet

de cette note est d'une fréquence telle, que, pour mon compté, j'en ai certainement observé plus de cent cinquante cas. Sitôt que l'enfant est en présence du médecin, ses cris redoublent encore, bien que celui-ci ne fasse que le regarder ; mais sitôt qu'on approche pour toucher les parties malades, il s'agite, se recule et vous repousse de toutes ses forces avec sa main restée libre.

L'attention la plus scrupuleuse ne fait reconaître ni déplacement, ni difformité, ni gonflement, encore moins d'ecchymose autour des trois jointures du bras endolori; suivant les parents, ce serait presque toujours au poignet ou à l'épaule que siégerait le mal. Pourtant, après les premières recherches, l'enfant se calmant un peu, il vous est presque toujours permis de constater que ce sont les mouvements de l'avant-bras sur le bras qui sont les plus pénibles et qui déterminent la vraie douleur. Il est bon d'ajouter aussi que la récidive est assez fréquente.

Si, comme je l'ai dit plut haut, on est loin d'être d'accord sur le siége de la lésion en question, on ne l'est pas davantage sur sa nature; on conçoit, en effet, qu'il n'a jamais été possible de faire la dissection d'un membre auquel pareil accident serait survenu. Pour mon compte, je demanderai la permission d'exposer ici l'idée que je me fais de ce léger déplacement et de son mécanisme; serai-je plus heureux que mes devanciers? Dans tous les cas, je crois utile de jeter d'abord un coup d'œil sur l'articulation qui me semble en être le siége.

Les deux os de l'avant-bras sont unis supérieurement par ce qu'on nomme un *ginglyme latéral,* dont le seul mouvement possible consiste dans la rotation de la tête du radius suivant l'axe de cet os. Cette éminence osseuse se trouve solidement emprisonnée dans un anneau, partie osseux, partie membraneux; la portion osseuse, qui n'en constitue guère que le cinquième, appartient au cubital, dont elle forme la *petite cavité sygmoïde;* elle est encroûtée de cartilage diarthrodial dans l'état frais; le reste est formé par le *ligament annulaire ou orbiculaire du radius;* d'un tissu très-fort et très-serré, ce dernier est encore fortifié extérieurement par le ligament latéral externe de l'articulation huméro-cubitale et par divers faisceaux musculaires. A l'intérieur, le tout est tapissé par un prolongement de la synoviale du coude.

Si donc le membre thoracique est brusquement soulevé avec secousse, l'avant-bras étant saisi pas son extrémité inférieure, dont la portion osseuse est en cet endroit constituée presque exclusivement par le

radius, l'effort se transmettra surtout à l'articulation supérieure de cet os avec le cubitus, laquelle, on le sait, jouit d'une bien plus grande mobilité que la jointure huméro-cubitale, constituée en grande partie, ainsi que son nom l'indique, par l'humérus et le cubitus; mais la cupule radiale, embrassée de tous côtés par son anneau, ne pourrait guère se frayer une issue anormale par un point quelconque de sa circonférence, d'autant plus que ce n'est pas sur les côtés de ce lien qu'agit la puissance; d'ailleurs, si une déchirure transversale du ligament orbiculaire avait lieu, les accidents qu'on observe après la lésion qui nous occupe devraient être beaucoup plus sérieux. Pendant le mouvement ascensionnel en question, la traction a lieu évidemment de haut en bas en raison du poids du corps, et doit produire l'élongation, la rupture peut-être de quelques fibres ligamenteuses; toujours un rude frottement des surfaces synoviales, et, vu la laxité des tissus à l'âge de nos blessés, amener un léger déplacement de la tête radiale suivant son axe, ce qui rend parfaitement compte de la violente douleur ressentie, ainsi que des bruits fréquemment perçus lors de l'accident, et quand on procède à la réduction. Il y aurait là, en un mot, une *diastasis de l'articulation radio-cubitale supérieure*, comme on l'observe souvent à l'inférieure.

J'arrive au traitement. Dans le commencement de ma pratique, je faisais déshabiller les blessés, ce qui est long et très-pénible; mais le mal est tellement caractéristique, que, depuis longtemps, sitôt qu'on m'amène un enfant dans cet état, — il est à remarquer qu'on le conduit presque toujours, en pareil cas, chez le médecin, — je le fais asseoir sur les genoux de la personne, puis, immédiatement, je saisis, avec la paume de la main gauche, le coude malade, les doigts embrassant les parties voisines, dans le but, non de faire une contre-extension inutile, mais bien de fixer le membre; puis de la droite, tenant le bras de l'avant-bras, je fais exécuter à celui-ci un mouvement de rotation en dehors et de flexion à l'angle droit; c'est alors qu'il est ordinaire d'entendre le petit craquement dont il a déjà été question, que, suivant la judicieuse remarque de M. Martinicq, de Grasse, on reconnaît plus souvent à la main qu'à l'oreille. Pendant cette réduction, on n'opère aucune traction; au contraire, il y a même une sorte de refoulement d'avant en arrière, ce qui tend à corroborer l'idée que j'ai cherché à exprimer plus haut, relativement aux légers désordres produits dans cette lésion. Des compresses résolutives, maintenues par quelques jets de bandes peu serrées, et une petite écharpe en

constituent tous le pansement. Vingt-quatre ou trente-six heures après, quelquefois plus tôt, le bras a repris sa mobilité.

Une preuve manifeste de l'efficacité de la déduction, et qu'il y a alors quelque chose de remis à sa place, c'est que celle-ci n'est pas plutôt achevée, après avoir, toutefois, donné quelques instants à l'enfant pour se remettre de sa surprise, que, avec ce membre si douloureux et si complètement inerte tout à l'heure, vous pouvez lui faire saisir, presque toujours, une pièce de monnaie, un bonbon ou toute autre chose qui lui plaira; c'est encore ce qu'a très-bien observé notre confrère de Grasse. *(Union médicale.)*

Exercice illégal de la médecine par des religieuses. — Suites graves de traitements irrationnels. — Dans le compte-rendu de l'Association des médecins des Bouches-du-Rhône, on a remarqué la relation de deux cas de panaris traités par les religieuses, et dont la terminaison regrettable a motivé, de la part de la commission, une nouvelle lettre à Monseigneur l'évêque, rappelant les conséquences graves de l'exercice illégal de la médecine par des personnes inexpérimentées.

Nous nous faisons un devoir d'en publier les observations :

Panaris du pouce. — Gangrène de la main et de l'avant-bras. — Infection putride. Mort.

M. B..., demeurant à Marseille, rue d'Aubagne, n°..., âgé de 68 ans, d'une forte constitution, n'ayant jamais été malade, se pique le pouce de la main droite avec une arête de poisson. Deux ou trois jours après le pouce devient douloureux, gonflé, il sent des *battements violents*, la douleur l'empêche de dormir. Sur la foi de ses voisins et voisines, il va au dispensaire des Sœurs; on lui applique un emplâtre; cet emplâtre est renouvelé tous les deux jours. Cependant le mal augmente, la douleur devient intolérable, le pouce et la main se gonflent, l'épiderme se soulève, et toujours on remet l'emplâtre, en ayant toutefois la précaution d'exciser avec des ciseaux les parcelles d'épiderme soulevées.

Pendant vingt-deux jours, le même système est suivi, avec une persévérance aussi incroyable de la part du malade que de la charitable Sœur, qui aurait dû, cependant, se douter que le mal dépassait ses ressources ordinaires. Enfin, le 14 juillet au soir, le malade et sa famille se décident à demander l'intervention d'un médecin.

A mon arrivée, je trouve M. B... dans un état d'agitation extrême, provoquée par la douleur et la fièvre. Malgré cet état, la veille encore il était allé se faire panser.

Je défis le pansement, et je trouvai la main dans un état affreux;

le gonflement s'étendait jusqu'à l'avant-bras, dépassant la bride du poignet; l'épiderme était soulevé partout, à partir du pouce jusqu'au troisième métacarpien. Le pus ne formait pas collection, il était infiltré dans tous les tissus gonflés, et on le voyait sourdre à travers les mailles du tissu cellulaire du derme mortifié.

Je pratiquai immédiatement cinq larges débridements, trois sur la main et deux le long du pouce. Pour faire sortir le pus, il fallait presser les tissus à la façon d'une éponge; ce pus était épais, sanieux et donnait une odeur forte de sphacèle.

Le malade étant fatigué, je renvoyai au lendemain de débrider l'avant-bras. Je fis appliquer de vastes cataplasmes de fécule de pomme de terre et j'ordonnai une potion calmante.

Le lendemain, je trouvai M. B... presque aussi souffrant que la veille. Les débridements n'avaient amené aucun soulagement, ce qui s'expliquait, du reste, par ce fait que les incisions n'avaient porté que sur des tissus déjà gangrenés et qui n'avaient pas encore eu le temps de dégorger. Je pratiquai de nouveau deux larges incisions, une à la face palmaire et l'autre à la face dorsale de l'avant-bras. Dans le courant du traitement, je dus en pratiquer deux autres, ce qui a fait neuf en tout. Peu à peu les douleurs diminuèrent, les lambeaux de tissu cellulaire se détachèrent, quoique lentement et avec peine. Pour diminuer l'odeur de gangrène et faciliter l'élimination des portions sphacélées, j'employai successivement la glycérine, la solution de tartrate de fer et potasse, le styrax, l'eau chlorurée, etc. Les manuluves ne pouvaient être employés, ils déterminaient des hémorrhagies, et plus d'une fois j'ai été obligé de mettre de petits tampons de perchlorure de fer pour arrêter de petites hémorrhagies artérielles qui se produisaient au moment du pansement.

Enfin, au bout de quinze jours, toutes les parties gangrenées étaient éliminées, le phlegmon était arrêté au niveau des incisions de l'avant-bras, la partie malade de la main et le pouce étaient recouverts de bourgeons de la meilleure nature, les articulations et le squelette étaient sains, l'état local était aussi bon que possible, mais l'état général était loin d'être aussi rassurant. La fièvre n'avait pas cessé, les fonctions digestives étaient complètement nulles, l'affaiblissement allait en augmentant sous l'influence de la fièvre, de la douleur et de la suppuration, et malgré le régime tonique le plus énergique, bouillons, viande crue, vin, quinquina, rhum, etc., au bout de quinze jours, au moment où tout danger avait disparu du côté des phénomènes locaux, je vis apparaître une parotidite double, du délire, des frissons; la langue devient noire et sèche, l'abdomen se ballonne, une diarrhée intense se déclare, les selles sont noires et fétides, et, le 11 août, le malade succombe avec tous les signes de l'infection putride.

Hôpital de la Conception. Service de M. Chapplain. — Panaris du Pouce, *observation recueillie par M. Descosse, élève du service.*

Le 23 juillet se présenta, à l'hôpital de la Conception, le nommé Alessendrini (Édouard-Dominique), âgé de 24 ans, marin.

Quoique d'une constitution peu robuste, le malade semble jouir d'une santé générale assez bonne, et rien, chez lui, comme diathèse, ne paraît entretenir l'affection pour laquelle il réclame des soins.

Il fut atteint, dans les derniers jours du mois de mai, d'un panaris qu'il a gardé, sans consulter personne, jusque vers le 15 juin, époque à laquelle on lui conseilla d'aller se montrer aux Sœurs de la Miséricorde. Une de ces dames lui fit, avec un bistouri, une incision transversale à la matrice de l'ongle, après laquelle elle appliqua un pansement avec du diachylum et une certaine pommade. Voyant enfin que, malgré ses soins *intelligents et trop dévoués,* le mal ne faisait qu'empirer, elle ne vit plus d'autre remède que l'amputation, ce qu'elle indiqua au malade, qui, croyant comprendre qu'elle se chargerait aussi de l'opération, lui répondit qu'il savait où aller, s'il en était réduit à cette extrémité.

C'est alors qu'il se présente à l'hôpital où nous le trouvons dans l'état suivant :

Le pouce de la main gauche est excessivement tuméfié autour de la deuxième phalange, où viennent s'ouvrir plusieurs trajets fistuleux desquels s'écoule, par la pression, une matière sanieuse et sanguinolente. Le doigt est dans sa position normale, les mouvements de flexion sont très pénibles, pour ne pas dire impossibles, et ceux qui sont communiqués provoquent des douleurs extrêmement intenses.

Il entre dans le service des blessés, à la Salle Saint-Augustin, où le chef de service prescrit des applications émollientes qui font disparaître les symptômes d'inflammation dont nous venons de parler. M. Chapplain peut alors imprimer des mouvements et examiner plus facilement les lésions. Il reconnaît, aux mouvements de latéralité qu'il peut faire subir à la dernière phalange, et à la crépitation qu'occasionne le frottement de celle-ci sur la première, que les ligaments sont détruits et que la phalange est nécrosée.

Le malade est gardé assez longtemps dans l'hôpital, afin de voir si la nature ne se chargerait pas elle-même de l'énucléation de la phalange; mais l'état demeurant le même, l'amputation est pratiquée dans l'articulation de la première et de la seconde phalange du pouce. La plus grande partie de la région palmaire est conservée, afin de matelasser par un large lambeau la partie supérieure du pouce, de lui conserver plus de longueur et le plus d'éléments de sensibilité.

Les suites de cette opération n'ont rien présenté de particulier. Le

malade est sorti parfaitement guéri, vingt jours environ après l'amputation.

Telles sont ces deux observations de panaris, terminés l'un par la mort, l'autre par l'amputation du doigt. Puissent de pareils exemples être répandus et connus dans le public. Ils serviraient à faire comprendre aux ignorants, d'une part, et de l'autre aux trop charitables ou officieux guérisseurs, qu'en médecine une petite cause produit souvent de grands effets, et que ce n'est pas toujours trop que du savoir et de l'expérience des hommes de l'art pour en conjurer les dangers. Dr Broquier.

(Union méd. de la Provence).

Sur les aspirations d'hydrogène dans la coqueluche. — Le traitement de la coqueluche par l'aspiration des produits de la purification du gaz d'éclairage, a donné à Lyon, dit M. Diday, des résultats aussi satisfaisants, aussi immédiats que dans les autres villes où il a déjà été essayé. Notre collègue, M. Rater, qui, le premier parmi nous, en a constaté les effets, a multiplié et combiné ses observations de manière à préparer une histoire raisonnée de cette nouvelle et si précieuse méthode thérapeutique.

Plusieurs enfants affectés de la coqueluche, promenés de midi et demi à trois heures vers les cuves des dépurateurs, ont été très rapidement soulagés; plusieurs même n'ont plus eu, depuis lors, de quintes de toux. Une petite fille qui était prise d'accès violents et fréquents, avec mouvements convulsifs, cyanose de la face, hémoptysie, a éprouvé immédiatement de l'amélioration, et au bout de huit jours de traitement se trouvait guérie. Le nombre des enfants conduits à l'usine journellement augmente beaucoup depuis la connaissance de ces faits.

A quelle cause est due cette amélioration évidente des accidents de la coqueluche? Les épurateurs dégagent de l'hydrogène carboné, de l'oxide de carbone, de l'hydrogène sulfuré et de l'ammoniaque. Quelques-uns de ces gaz sont sédatifs, d'autres sont excitants. Des expériences comparatives, faites successivement avec l'un et l'autre de ces gaz, auront bientôt permis de reconnaître lequel d'entre eux récèle le pouvoir médicateur qui vient de se révéler par de si heureux résultats.

Mais, en attendant qu'une expérimentation méthodique dévoile le mécanisme de la cure et permette d'étendre l'action de cet agent à toutes les affections auxquelles il peut procurer soulagement ou guérison, M. Rater avertit avec raison ses confrères, ainsi que les parents, de ne pas envoyer les petits malades durant la première période de la coqueluche. A cette époque, en effet, la complication si habituelle de bronchite pourrait faire craindre la production de phlegmasies dange-

reuses par l'emploi du même moyen qui, ce moment passé, n'aura plus que des avantages.

A Paris, les essais de la nouvelle méthode n'ont pas présenté les mêmes résultats ; nous y reviendrons prochainement.

(Gaz. méd. de Lyon. — Bull. gén. de Thérap.)

Mode de traitement établi à l'hôpital Saint-Louis pour la guérison de la gale. — Ce traitement, fondé sur ce fait que la gale est causée par la présence d'un arachnide parasite, l'*acarus scabiei,* consiste dans l'emploi des moyens suivants : « 1° friction sur toute la surface cutanée, la tête exceptée, avec du savon noir, pendant une demi-heure, afin de nettoyer la peau ; 2° bain tiède d'une heure, pendant lequel on continue la friction, dans le but de ramollir, de gonfler l'épiderme, et d'entr'ouvrir les sillons où sont enfermés les acares ; 3° friction *rude* et *générale* avec une pommade contenant, pour 100 grammes : axonge, 64 grammes ; soufre, 20 grammes ; sous-carbonate de potasse, 8 grammes ; eau, 8 grammes. Après cette friction sulfureuse, les malades se rhabillent sans essuyer la pommade, dont le contact est nécessaire sur la peau pendant plusieurs heures pour achever la destruction des acares, et pour atteindre même ceux qui peuvent se trouver sur les vêtements. »

D'après un tableau des galeux traités pendant onze ans, 1852 à 1862 inclusivement, à l'hôpital Saint-Louis, 37,429 personnes ont été soumises à ce traitement (26,650 hommes, 10,779 femmes) ; sur ce nombre, 555 ont eu besoin de subir un second traitement, ce qui donne 69 guérisons sur 70 malades traités.

« Depuis l'application de cette nouvelle méthode thérapeutique, les galeux ne séjournant plus à l'hôpital, l'administration a pu disposer, en faveur de malades atteints d'autres affections plus graves, de 120 lits consacrés antérieurement au service spécial de la gale. »

(Compte rendu de l'Ac. de Méd.)

Traitement abortif du zona. — Si l'éruption est au début, on enlève la douleur et l'inflammation en vingt-quatre heures, par l'application du topique formulé comme suit :

Collodion rendu élastique par addition d'huile de ricin. 30 grammes.
Deutochlorure de mercure........................ 5 centigr.

Si l'évolution de la maladie est plus avancée, on applique ce mélange plusieurs jours de suite en badigeonnant la surface avec un pinceau. MM. Devergie et Debout, qui proclament cette pratique, l'appliquent

également pour prévenir la chute des escarrhes qui donnent lieu à des ulcérations très douloureuses, surtout chez les vieillards.

(Journ. des conn. méd. prat. et de pharm.).

Sur la phlébite et la thrombose, par le docteur RICHARDSON, chirurgien de l'hôpital d'Adélaïde, à Dublin. — M. Richardson se rattache étroitement aux doctrines de M. Virchow, dans son *Exposé de l'histoire de la phlébite et de la thrombose;* aussi n'est-ce pas au point de vue de l'anatomie ou de la physiologie pathologique que nous mentionnons son travail. Nous croyons seulement utile d'appeler l'attention sur un point relatif au traitement des thromboses veineuses, dont M. Richardson paraît s'être occupé spécialement : nous voulons parler du traitement mercuriel, qui est assez souvent mis en usage, au moins en Angleterre, quand on se trouve en présence de cette affection. M. Richardson s'élève énergiquement contre ce traitement. Il rapporte qu'il a vu plusieurs fois mourir d'une manière imprévue des malades chez lesquels il était en voie d'exécution, et il paraît disposé à rapporter ces morts subites à l'embolie de l'artère pulmonaire. Les préparations mercurielles ont en effet, et ce n'est peut-être pas sans raison, la réputation de produire la dissolution de la fibrine du sang, et l'on comprend sans peine qu'en agissant de cette manière, en ramollissant les caillots déjà formés, elles favorisent leur morcellement, et par suite leur migration embolique. Quoi qu'il en soit, la remarque de M. Richardson mérite d'être prise en considération. Ajoutons qu'en se plaçant à ce point de vue, l'auteur a été amené à traiter la plupart des cas de thrombose par les préparations de quinquina et les ferrugineux.

(Gaz. méd. de Paris).

NÉCROLOGIE.

L'École de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, le Corps pharmaceutique de la Gironde, viennent d'éprouver une grande perte. Le professeur Barbet leur a été enlevé le 3 octobre, après une maladie rebelle à tous les soins et aggravée par la mort de sa fille, victime d'une affection aussi cruelle que rare, le tétanos après un avortement.

Ses obsèques ont eu lieu le 4. Un concours d'amis dévoués, les professeurs de l'École de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, les membres de la Société de Pharmacie et de la Société de prévoyance des Pharmaciens de la Gironde dont il était président, un grand nombre de médecins de Bordeaux et les notabilités de la ville, sont venus témoigner des sentiments d'estime générale qu'il avait su conquérir et lui rendre les derniers honneurs.

Ses restes mortels devant être inhumés à Bayonne dans le tombeau de famille, ont empêché M. Gintrac, comme directeur de l'École, et M. le docteur Levieux, au nom du Conseil d'hygiène, de lui adresser un adieu suprême. — La Société de Pharmacie, quelques amis l'ont suivi à la gare du Midi, et là, au moment de s'en séparer à jamais, M. Perrens, vice-président de la Société de Pharmacie, a prononcé le discours que nous sommes heureux de reproduire.

« MESSIEURS,

» Au moment de nous séparer pour toujours des restes vénérés de celui qui fut à la fois notre maître et notre ami, c'est pour nous un pieux devoir de donner ici un témoignage éclatant de la douleur commune. Nous remettons à d'autres temps l'éloge du savant et du professeur : il serait trop long de rappeler les titres de l'homme public à la reconnaissance publique; mais nous voulons pleurer ensemble l'homme privé dont nul mieux que nous n'a pu juger la véritable valeur.

» Vous tous, Messieurs, ses collègues de la Société de Pharmacie, vous avez vécu dans son intimité. Les rapports incessants nécessités par les travaux scientifiques ou professionnels de la Compagnie vous ont permis de connaître jusqu'au fond cette belle âme qui nous quitte aujourd'hui. Vous avez su apprécier l'inépuisable bienveillance de ce cœur, son dévouement sans borne, et l'austère probité de ce caractère. Vous savez combien le mal était pour lui une chose odieuse; tout acte de déloyauté lui faisait une impression douloureuse; et c'est à sa vertueuse indignation contre des défaillances qu'il n'avait personnellement jamais connues, qu'était due cette vivacité de langage qui allait souvent jusqu'à l'éloquence, lorsqu'il s'agissait de flétrir quelqu'une de ces actions douteuses, trop complaisamment excusées dans le monde. . . . .

» Au fond, plein de bienveillance pour tous, indigné contre le vice

et non contre les hommes, il était heureux de l'espoir de ramener dans la bonne voie ceux qui pouvaient s'en être écartés, et n'avait jamais dans le cœur la moindre amertume contre personne. Ceux qui vivaient dans son intimité savent tous combien grande était cette bonté, si facile à entrevoir sous l'austérité de sa parole.

» Que dirai-je de son dévouement absolu à la profession qu'il a honorée par un long exercice? Sa double carrière de pharmacien praticien et de professeur lui donnait une autorité incontestée qu'il a toujours appliquée au progrès de nos institutions, à la prospérité de notre Société, à la dignité de notre profession. Malgré ses nombreuses occupations, il n'est pas une mesure d'intérêt public à laquelle il n'ait concouru. Fourniture des médicaments aux Sociétés de secours mutuels, caisse de prévoyance et de retraite des pharmaciens, partout il était au premier rang, soit par le choix de ses confrères, soit par la confiance si bien méritée du gouvernement.

» Il était un de ceux qui ont le plus activement concouru à la prospérité de la Société de Pharmacie. Si cette Société jette aujourd'hui quelque éclat, si elle jouit en France d'une considération sérieuse, elle le doit à cette phalange de pharmaciens dont le professeur Barbet a bien souvent dirigé les efforts, et qu'il a su de plus en plus affermir dans la résolution de maintenir intactes les traditions de la saine et loyale pharmacie.

» Pourquoi faut-il qu'une vie si noble et si bien remplie ait été traversée par des infortunes inouïes! Nul ne méritait mieux le bonheur que cet homme vertueux, auquel toutes les qualités de l'esprit et du cœur auraient dû assurer une vie heureuse et paisible, et nul n'a été plus cruellement et plus souvent frappé dans ses plus chères affections! Hier encore nous pleurions avec lui et son digne fils d'adoption, le malheur le plus affreux qui puisse frapper un père; aujourd'hui nous suivons son cercueil avec la douloureuse persuasion que c'est cette terrible catastrophe qui l'a arraché sitôt à notre affection et à nos soins.

» Puisse ce témoignage d'une douleur si sincère chez nous tous, apporter quelque adoucissement à celle du Confrère qui nous était déjà si cher, et dont les titres à notre affection ont augmenté par l'immensité même du double malheur qui vient de le frapper! Puisse notre sympathie alléger un peu le fardeau de ses peines!

» Quant à celui que nous pleurons ici, et qui nous a quittés pour un monde meilleur, il sait qu'il vit encore au milieu de nous. Les hom-

mes passent, mais les Sociétés ne périssent pas. Alors que nous-mêmes aurons disparu, le souvenir du professeur Barbet vivra parmi nos successeurs; ils verront son nom vénéré attaché à tous nos travaux, à toutes les institutions scientifiques et d'intérêt public qui ont été inaugurées de son temps, et qui dureront parce qu'elles ont été inspirées par le pur désintéressement qui faisait le fonds de son caractère, et qu'elles sont marquées au cachet de son esprit, à la fois si pratique et si élevé.

» Adieu donc, cher maître et ami! Va, tu seras encore parmi nous, et ta mémoire sera vénérée comme celle de tous ceux qui ont eu la rare fortune de joindre aux dons de l'esprit les grandes qualités du cœur! »

— Un désir que notre ami regretté avait souvent manifesté, et que son gendre, M. Martin-Barbet, a religieusement exécuté, a mis M. Gintrac, comme directeur de l'École de Médecine de Bordeaux, à même d'exprimer les sentiments que cet honorable professeur avait fait naître parmi ses collègues. Nous publions cette lettre qui devait rester intime, parce qu'elle honore dignement celui que nous pleurons et celui qui lui survit.

« Monsieur,

» Le regretté professeur Barbet m'avait, en effet, plusieurs fois manifesté l'intention de donner à l'École de Médecine une collection crystallographique jugée précieuse par les savants les plus compétents. En donnant suite aujourd'hui aux volontés verbalement exprimées de votre respectable beau-père, vous accomplissez un devoir de piété filiale et en même temps vous faites preuve de loyauté. Vous marchez ainsi doublement sur les traces de celui qui fut votre guide et qui continue à vous servir de modèle. Personne ne pouvait mieux que M. Barbet être donné comme exemple de probité et d'exquise délicatesse. Recevez donc, Monsieur, pour sa mémoire et pour vous-même, l'expression de gratitude et d'estime que nous inspirent ce don et cet acte, dont l'École conservera et consacrera le souvenir dans ses annales.

» Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

» E. Gintrac. »

CHRONIQUE.

Association générale. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu les 30 et 31 octobre prochain, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, avenue Victoria, n° 3, le 30 à deux heures, le 31 à midi précis.

— Le banquet offert par le Conseil général et par la Commission administrative de la Société centrale à MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales, aura lieu le 30 octobre, à sept heures du soir, au Grand-Hôtel, boulevard des Capucines.

On souscrit chez M. le docteur Brun, trésorier de la Société centrale, rue d'Aumale, 23.

— Par décret en date du 17 septembre 1864, ont été nommés présidents :

De la Société de secours mutuels de Saint-Jean-Baptiste, à Montrejau (Haute-Garonne), M. Cazaugrand, médecin cantonal, président actuel;

De la Société de secours mutuels dite de l'*Union*, à Saint-Marcellin (Isère), M. Lerat, docteur en médecine, président actuel;

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Lille (Nord), M. Cazeneuve, docteur en médecine, président actuel;

De la Société de prévoyance des médecins de l'arrondissement, à Compiègne (Oise), M. Colson, docteur en médecine, officier de la Légion-d'Honneur, président actuel;

De la Société de prévoyance des médecins de l'arrondissement, à Senlis (Oise), M. Voillemier, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, président actuel;

De la Société de secours mutuels de Tracy-le-Mont (Oise), M. Frary, docteur en médecine, président actuel.

Les tableaux météorologiques, qu'avec tant de constance et de zèlo nous fournissait notre collègue, seront désormais remplacés par les observations météorologiques que M. Petit-Lafitte veut bien mettre à notre disposition. La forme est différente, le fond n'en sera pas moins utile.

OBSERVATIONS MÉTÉOROLOGIQUES

DU COURS D'AGRICULTURE DE BORDEAUX.

Septembre 1864.

DATES.	THERMOMÈTRE.		VENT à midi.	ÉTAT DU CIEL.	PLUVIOMÈTRE.
					millim.
1	15°0	25°0	S.	Couvert.	
2	11,5	21,0	N.	Couvert.	
3	12,0	22,0	O.	Pluie.	14,0
4	15,5	21,5	O.	Nuageux.	
5	13,5	21,5	N.	Nuageux.	
6	18,0	23,0	O.	Beau.	
7	17,0	26,0	N.	Beau.	
8	17,0	27,0	N.	Beau.	
9	18,0	29,0	S.	Beau.	
10	19,0	26,0	S.	Beau.	
11	15,0	20,0	O.	Pluie.	34,6
12	11,5	18,0	N.	Beau.	
13	11,0	19,0	N.	Beau.	
14	11,5	21,5	S.	Beau.	
15	15,0	22,0	S.	Pluie.	5,0
16	16,0	23,5	S.	Pluie.	7,0
17	15,0	22,0	O.	Nuageux.	
18	13,0	16,0	S.	Pluie.	21,5
19	11,5	18,0	S.	Pluie.	4,8
20	12,5	18,0	N.	Nuageux.	
21	15,5	21,0	O.	Nuageux.	
22	14,0	21,0	O.	Nuageux.	
23	14,0	20,0	N.	Beau.	
24	13,0	21,0	N.	Beau.	
25	14,0	23,0	N.	Beau.	
26	15,0	22,5	N.	Beau.	
27	13,0	23,5	S.	Beau.	
28	15,0	24,0	S.	Beau.	
29	15,0	24,0	S.	Beau.	
30	14,0	24,0	E.	Beau.	
	14°7	22°1		Hautr d'eau de pluie.	86,9
				Hautr d'eau évaporée	151,0

Moyenne du mois : 18°4 — *Vents dominants à midi :* N. et S.

Aug. Petit-Lafitte.

Bordeaux. — Imp. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA MORT SUBITE PAR EMBOLIE PULMONAIRE DANS LES CONTUSIONS ET LES FRACTURES;

par M. le Dr AZAM,

professeur adjoint de Clinique chirurgicale, correspondant de la Société de Chirurgie.

(Lu à l'Académie de Médecine dans la séance du 7 juin 1864.)

Suite (1).

Nous allons étudier plus particulièrement les deux premières, les comparer, et en déduire les conséquences théoriques qu'elles comportent.

Chez les deux premières malades, le mécanisme de la mort est identique. A la suite d'une fracture sans plaie, vingt-deux et trente-cinq jours après l'accident, il s'est fait dans le membre blessé un travail inflammatoire latent, tellement latent qu'aucune des malades ne s'en est aperçue. Sous l'influence de ce travail, dont j'étudierai tout à l'heure l'essence, le sang s'est coagulé, et des caillots considérables, l'un de 36 centimètres, l'autre de 50, détachés des veines du membre inférieur, ont été lancés dans la circulation de retour. Arrivés dans l'artère pulmonaire, ils ont foudroyé les malades. Je n'insisterai pas sur ce mécanisme, il est aujourd'hui incontesté, et la doctrine de la migration des caillots est acceptée de tous.

Mais quelle relation existe entre le traumatisme et la coagulation du sang, origine des caillots migrateurs?...

Chez les deux malades, la fracture a été accompagnée d'un

(1) Voir le numéro d'octobre, p. 441.

épanchement de sang considérable : celle de M. Velpeau surtout présentait cette complication au plus haut degré. Ce sang a dû se résorber peu à peu. D'après les lois ordinaires de ce phénomène, les parties liquides ont disparu les premières. L'autopsie a démontré qu'il ne s'était pas fait dans la région de kyste hématique. Puis les parties solides, constituées par les globules déformés du sang et par des particules de fibrine, ont subi une désagrégation moléculaire destinée à permettre à ces éléments d'être repris par la circulation; les capillaires, les veinules, puis les veines, ont charrié cette poussière organique privée de vie; d'autre part, au moment même de l'accident, le sang, arrêté dans les veinules, s'y est coagulé, et des caillots de dimensions diverses ont pu être transportés par la circulation de retour. Si l'on veut bien réfléchir à ce phénomène, cependant si commun, puisqu'il accompagne la guérison de toute contusion, il est impossible de méconnaître ses dangers. Je laisse la parole à M. Velpeau, qui dit, dans les réflexions qui suivent son Observation :

« Dès que le sang, fluide manifestement doué de vie, a » cessé de circuler et se concrète dans un vaisseau quelcon- » que, il meurt. Ce n'est plus alors que du sang mort, un » cadavre au sein de la vie, un corps inerte, un corps » étranger dans l'un des courants vitaux de l'organisme; » rien de plus net que les dangers possibles d'un tel produit » que tout le monde est à même de saisir, pour peu que » l'on ait la moindre idée de la circulation dans le corps de » l'homme. »

Et plus loin :

« Entraînées à l'état de poussière ou de corpuscules, aussi » bien qu'à l'état de grumeaux, de masses tantôt fines, tantôt » considérables, comme dans un fleuve qui charrie du sable, » des cailloux ou d'énormes blocs, ces substances donnent la » clef d'une série infinie de lésions. »

N'est-il donc pas certain que le passage incessant de ces éléments dans les radicules veineuses, puis dans les veines, a pu enflammer leur membrane interne, et que cette phlébite, agissant lentement, sourdement, a coagulé le sang de proche en proche, et a amené les désordres décrits?...

L'Observation de M. Velpeau diffère de la mienne en quelques points; mais ces différences sont pour moi purement apparentes. Il y est dit :

« La face interne de la veine fémorale jusqu'à la termi-
» naison de l'iliaque ne présente pas de traces d'inflamma-
» tion, si ce n'est au niveau de la saphène, où le caillot est
» adhérent. »

Et cependant quelques lignes plus haut, il était dit :

« Les veines du côté sain ne contenaient aucune trace de
» lésion; il n'en était pas de même du côté malade. Les
» veines de la jambe droite, celles du côté de la fracture,
» présentent de petites concrétions qui deviennent nettes et
» volumineuses dans la fémorale, la veine iliaque, externe
» et commune, et jusque dans la partie inférieure de la veine
» cave. »

Pour concilier ces deux assertions qui paraissent contradictoires, il faut supposer que la phlébite, après avoir amené la formation de ces concrétions, était, au moment de la mort, en voie de décroissance, et n'avait laissé dans tout le membre inférieur aucune trace appréciable, sauf au niveau de la saphène, où ses signes étaient incontestables.

Je suis même porté à penser, malgré mon respect pour l'interprétation de M. Velpeau, que le caillot de 36 centimètres de longueur et de 7 à 8 millimètres d'épaisseur se rapportait plutôt, par ses petites dimensions, à une veine de la jambe ou à la partie inférieure de la veine fémorale qu'à la veine iliaque.

En effet, le diamètre de 8 millimètres représente exacte-

ment la dimension de l'une des deux séries de caillots trouvés chez ma malade, et dépasse de beaucoup le calibre de la veine iliaque.

L'oblitération de la veine fémorale au niveau du triangle de Scarpa, qui existait chez la malade de M. Velpeau comme chez la mienne, n'est pas un obstacle à mon interprétation; nous verrons plus tard que la cause probable du détachement du caillot d'une veine de la jambe est l'application d'un appareil dextriné, application que la malade avait trouvée douloureuse. Or, il s'était écoulé un jour et demi entre cette manœuvre chirurgicale et la mort; pendant ce temps, le caillot a bien pu, comme chez ma malade, flotter dans le courant sanguin, et la fémorale s'oblitérer au dessous de lui.

Mais je n'ajoute qu'une importance secondaire à une similitude absolue entre ces deux Observations : le fait capital subsiste. Chez ces deux malades, à la suite d'un épanchement de sang accompagnant une fracture, il s'est fait une thrombose des veines du membre, et cette thrombose a été l'origine incontestable de la mort.

Est-il possible de tirer des faits qui précèdent une conclusion générale et de dire : « Les fractures et les contusions » peuvent être l'origine d'une phlébite coagulante, phlébite » qui, le plus souvent, restera limitée et inaperçue, mais qui, » dans certains cas, peut amener des embolies et la mort » subite? »

Nous allons voir si cette conclusion est légitime, et quelles sont les objections qui peuvent lui être faites.

La première qui vient à la pensée est celle-ci :

Les contusions avec épanchement sanguin sont fort communes, toutes sont suivies de phénomènes de résorption. Or, on n'a jamais remarqué de phlébite ayant manifestement cette origine.

Cela est vrai; mais ces phlébites sont latentes. Chez aucune des deux premières malades, elles n'ont pu être signalées avant la mort. Je dirai plus; il est très probable que si, par une cause quelconque, des coagulums ne s'étaient pas détachés, elles auraient disparu comme elles étaient venues, c'est à dire sans symptôme appréciable ou précis. Le fait peut être vulgaire et passer tous les jours inaperçu sous les yeux du chirurgien, qui, par une exploration attentive, *ne suivra pas du doigt le trajet des veines*. Chez les fracturés en particulier, l'absence de douleurs spontanées est facile à comprendre. Le membre atteint est condamné à l'immobilité; or, on sait que les phlébites sont surtout douloureuses par le tiraillement du tissu cellulaire périveineux dans les mouvements de flexion et d'extension des membres. Du reste, combien de fois nos malades ne se plaignent-ils pas de douleurs vagues, de malaises indéfinissables, auxquels nous n'ajoutons aucune importance, faute de pouvoir préciser leur nature.

On m'objectera aussi que, vu le grand nombre de fractures et de contusions avec épanchement sanguin, s'il est vrai qu'elles puissent devenir une cause de mort par embolie, il est étrange qu'on n'en ait pas observé plus souvent des exemples.

A cela je répondrai que je n'ai point l'intention de démontrer que les contusions ou les fractures sont une cause de mort subite au même titre que les apoplexies cérébrales ou pulmonaires. Il me suffira de faire admettre qu'il existe dès aujourd'hui, dans la science, assez de faits pour croire que la mort subite ou des accidents pulmonaires graves peuvent avoir cette origine; l'attention attirée sur ce point, d'autres faits viendront se joindre à ceux que je cite, et les chirurgiens seront avertis d'un danger de plus, qu'ils pourront peut-être prévenir.

J'ajouterai que si j'ai peu d'Observations à citer, il faut

tenir compte du peu de temps qui s'est écoulé depuis qu'on a généralement accepté la théorie de l'embolisme. S'il était possible de revenir sur le grand nombre d'autopsies de morts subites faites avant la connaissance de cette théorie, combien dans lesquelles on n'a rien trouvé, et qui ont été attribuées à des syncopes ou à des apoplexies nerveuses, et dont l'embolie était la véritable cause! Le nombre doit en être très grand. N'est-il pas probable que dans ce nombre il est des malades qui ont succombé à des embolies ayant leur origine dans une fracture ou une contusion?

Je rappellerai à ce sujet la manière dont la lumière s'est faite, il y a peu d'années, sur les morts subites dans l'état puerpéral. Des accouchées, du cinquième au vingtième jour, après un mouvement plus ou moins violent, tombaient, disait-on, en syncope, et mouraient subitement. L'autopsie était faite, on ne trouvait rien que des caillots qu'on supposait faits après la mort, ou qu'on attribuait à une inflammation spontanée de l'artère pulmonaire. Puis la théorie des caillots migrateurs est venue éclairer les recherches; alors on a étudié la forme et la dimension de ces caillots; on a complété les autopsies, et l'étude des membres inférieurs ou de l'utérus a démontré l'existence de concrétions semblables dans des veines sourdement enflammées.

Je dirai aussi que les phlébites et les thromboses qui les suivent peuvent être nombreuses, et le sont, sans pour cela que des caillots se détachent et amènent des accidents plus ou moins graves. Je n'ai qu'à invoquer le nombre considérable de variqueux qui ont des nodosités dans les veines, ceux qui ont des oblitérations veineuses par phlébite spontanée, et les malades auxquels on a fait des opérations ayant précisément pour but de coaguler le sang dans des veines, etc. Heureusement pour l'humanité, dans l'immense majorité des cas, les caillots sont solidement adhérents aux parois veineu-

ses, et subissent sur place leur transformation fibreuse ou leur régression.

Enfin, toutes les embolies ne sont pas mortelles; la science contient aujourd'hui plusieurs Observations d'accidents pulmonaires, plus ou moins sérieux, ayant cette cause, et dans lesquelles les malades ont guéri. (Voy. la Thèse de M. Ball, Obs. XXVII, XXXIV et XXXV; la Thèse de M. Richert, de Strasbourg, Obs. I et II, et le fait de M. Gosselin.)

Quels sont les signes qui permettront au chirurgien de reconnaître une thrombose des veines chez les fracturés ou les contusionnés, et qui pourront le mettre en garde contre des accidents possibles?

Il existe une si énorme disproportion entre les symptômes de la maladie et ses dangers, symptômes latents ou obscurs et mort foudroyante, que le chirurgien devra attacher de l'importance à la moindre douleur et interpréter le moindre malaise.

D'après la théorie, qui du reste se trouve d'accord avec les faits que j'ai cités, ce n'est pas dans les premiers jours de l'accident que la phlébite par résorption des caillots est à craindre. Ce n'est qu'à partir du moment où les parties solides du coagulum sont en voie de désagrégation, c'est à dire à partir du quinzième ou du vingtième jour. Vers cette époque, le chirurgien devra rechercher, par une exploration attentive, par des pressions ménagées sur le trajet des veines superficielles et profondes, s'il n'existe aucune douleur le long de leur parcours. Comme il n'est pas de fracture dont on n'ait à changer l'appareil plusieurs fois pendant le traitement, cette investigation sera facile à faire, même en l'absence de douleur spontanée de la part du malade. Il me paraît difficile qu'une phlébite même légère, ou que la thrombose qui la suit, ne soient pas trahies par un peu de douleur ou par la sensation d'une induration dans le calibre des

veines. Il est, je crois, important de ne pas s'en tenir à la déclaration du malade, qui peut très bien, surtout quand c'est un fracturé condamné au repos, ne pas s'en être aperçu. Je citerai à l'appui des faits qui ont leur importance, malgré leur non-identité. J'ai eu dernièrement dans mon service une femme d'une quarantaine d'années qui était entrée pour une gangrène des orteils du pied droit, accompagnée de douleurs atroces, qui ne dépassaient pas le coude-pied. Soupçonnant une artérite, j'ai exploré par la pression le trajet des artères, et à la cuisse, où la malade ne rapportait aucune douleur, j'ai trouvé un point douloureux au niveau de l'anneau du troisième adducteur et une induration des vaisseaux. Au côté opposé, la malade éprouvait des fourmillements douloureux dans le pied ; au point correspondant de la cuisse, la pression a signalé une douleur profonde. Le diagnostic devenait certain. Il y avait une artérite avec oblitération partielle des deux fémorales dans un point que la pression seule m'avait fait découvrir. J'ai appliqué sur ces points un traitement antiphlogistique, et la malade a guéri.

Quelques jours auparavant, j'avais observé la même chose chez un homme qui a succombé à une gangrène, suite d'une oblitération de l'artère fémorale par artérite; la pression seule sur le trajet du vaisseau m'avait fait découvrir le point oblitéré.

Bien qu'il n'y ait pas entre la phlébite et l'artérite identité absolue, il y a entre ce fait et ceux auxquels je fais allusion cette conformité que la pression seule du trajet du vaisseau m'a fait affirmer la maladie. Il est un autre signe très commun auquel on ajoute aucune importance, et qui cependant mériterait d'être pris en considération sérieuse. Je veux parler de l'œdème du pied et de la jambe, de la main ou de l'avant-bras, qui suit presque toujours la convalescence des fractures, même après la cessation de la compression amenée

par les appareils. Cet œdème, qui ne peut être dû qu'à une certaine gêne dans la circulation de retour, n'est-il pas très probablement amené par une thrombose des veines profondes?

Dans les cas où il se présentera, il sera pour le chirurgien une indication à rechercher s'il n'existe pas de douleur à la pression sur le trajet des vaisseaux, et à engager le malade à des précautions particulières.

Les symptômes résultant de l'exploration des membres ne sont pas les seuls. Il ressort, en effet, d'Observations relatées dans les Thèses de MM. Ball et Richert, que des malades atteints de thrombose des membres inférieurs ont présenté du côté des poumons une série de symptômes, qui, malgré leur gravité, ont permis la guérison, et que ces symptômes avaient leur origine dans la présence dans le poumon de caillots emboliques de petite dimension. Ces accidents, arrivés en général subitement, ont consisté en anxiété épigastrique avec dyspnée, état lypothymique, fréquence et irrégularité du pouls. Un malade, dont l'histoire est du plus grand intérêt et qui est médecin à Strasbourg, atteint depuis plus de vingt ans de phlébites spontanées à répétition des membres inférieurs, éprouva d'autres accidents, entre autres une vive douleur dans le côté gauche de la poitrine, des battements du cœur très fréquents sans être forts, et sans altération à l'auscultation des bruits normaux; puis survinrent une perte de connaissance, une grande mollesse du pouls, le tout sans fièvre; enfin, ce malade, ainsi qu'un autre dont M. Richert rapporte l'histoire, cracha une grande quantité de sang qui n'avait ni la couleur claire de l'hémoptysie, ni la couleur foncée des crachats pneumoniques. Enfin, chez ces deux malades, une portion du poumon, qu'il était facile de limiter, était mate, et présentait une absence complète de murmure respiratoire.

Après l'évolution de ces symptômes, ces malades ont guéri. Il est de toute évidence que des phénomènes analogues, chez des fracturés ou des contusionnés, seront une indication précise à rechercher s'il n'existe pas de thrombose dans les membres. L'Observation de M. Gosselin vient à l'appui de ce que j'avance.

(La fin au prochain numéro.)

OBSERVATION QUATRIÈME.

Lithotritie faite avec succès sur un vieillard âgé de 81 ans, puis, exposé sommaire de quelques expériences faites sur les urines de ce calculeux, et mode d'alimentation que je dus lui prescrire pour éviter les récidives;

PAR J.-J. CAZENAVE,

médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie impériale de Médecine de Paris.

Fréquentes envies d'uriner datant de trois ans; — voyage en voiture occasionnant quelques accidents du côté des voies urinaires; — moyens conseillés calmant ces accidents; — aggravation de l'état du malade; — le retour à Bordeaux augmente cette aggravation; — repos et divers moyens amendent l'état des choses; — ce que je crus être, et ce qui n'était pas; — une première exploration de la vessie fut inutile à cause de ses contractions spasmodiques, et ne fournit aucune donnée; — accès de fièvre occasionné par cette exploration; — douleurs de vessie, de son col et miction presque incessantes; — lavements froids, glace dans le rectum; — préparation par les bougies et par d'autres moyens pour émousser la sensibilité de l'urèthre; — exploration de la vessie facile et très peu douloureuse; — découverte d'un calcul ayant une enveloppe muqueuse, épaisse, élastique, et 21 lignes de diamètre; — écrasement, broiement de la pierre; — accès de fièvre, strangurie, douleurs de l'urèthre, de la vessie et de son col; — ischurie occasionnée

par l'arrêt de deux fragments de calcul dans l'urèthre; — extraction de ces fragments faite avec une pince *ad hoc;* — quatre autres fragments arrêtés derrière la fosse naviculaire et extraits de la même façon; — refoulement dans la vessie de nouveaux fragments tassés à son col, dans la portion prostatique de l'urèthre, et extraction de ces débris de calcul, faite en six charges avec le brise-pierre à cuillers profondes; — pas d'accidents jusqu'au soir, mais alors nouvel arrêt d'un fragment dans la fosse naviculaire, fragment extrait par le malade lui-même avec ma pince; — troisième séance de lithotritie, et extraction des fragments avec le brise-pierre à cuillers profondes; — deux fragments arrêtés dans l'urèthre, et extraits par le malade avec ma pince; — pour la première fois, contraction assez énergique de la vessie, et expulsion naturelle de plusieurs fragments de calcul; — quatrième séance de lithotritie et expulsion naturelle des débris de la pierre; — accidents survenus et que je redoute; — fragments de calcul rendus naturellement; — cinquième séance de lithotritie pendant la durée de laquelle je ne trouve, dans la vessie, que des débris de pierre très réduits et un sable pulvérulent; — sable et débris de calcul rendus naturellement; — une dernière exploration de la vessie fut négative : elle ne contenait plus aucun vestige de corps étrangers; — guérison.

M. L..., âgé de 81 ans, ancien négociant, habitait Bordeaux depuis un demi-siècle et s'y portait on ne peut mieux, quand son médecin, notre très honorable confrère le docteur et professeur Costes, prescrivit une saison thermale, dans les Pyrénées, à Mme L... qui, par parenthèse, était l'état nerveux, la névropathie-protéiforme incarnés, le vrai type du névrosisme Bouchut.

Jusqu'à cette époque, M. L... avait joui d'une très bonne santé à de fréquentes envies d'uriner près, qui dataient d'environ trois ans.

La diligence — le Chemin de fer du Midi n'existait pas alors — et les chaleurs de juillet fatiguèrent beaucoup M. L... pendant ce voyage, occasionnèrent des besoins plus fréquents d'uriner, un sentiment de pesanteur, une douleur

sourde dans le testicule droit, et trois accès de fièvre à type intermittent.

Des boissons tempérantes, deux demi-lavements émollients pris tous les jours, deux bains domestiques et un régime très doux furent les moyens conseillés par nos confrères des Pyrénées, moyens qui suffirent pour faire cesser les manifestations irritatives que je viens de signaler.

Quoi qu'il en fût, après quelques promenades faites avec beaucoup de réserve et sur des routes non accidentées, la vessie et son col donnèrent des avertissements douloureux au malade : la miction devint plus fréquente, plus difficile; les urines furent troubles, muqueuses, ammoniacales, et une petite fièvre apparut périodiquement tous les soirs, pendant quelques jours.

Cet état ayant préoccupé M. L..., il fut décidé que son retour à Bordeaux serait devancé, et qu'il viendrait me consulter en arrivant.

Le voyage en voiture — chaleurs aidant — fut très pénible, car M. L... eut de très fréquents besoins d'uriner, urina même un peu de sang trois ou quatre fois, ce qui l'effraya beaucoup, et souffrit constamment de la vessie et de son col pendant le trajet des Pyrénées à Bordeaux.

M. le Dr Labarthe-Vacquier, de Cazaubon (Gers), ce médecin très distingué que je ne connaissais pas alors, mais avec lequel je me suis étroitement lié depuis, M. le Dr Labarthe ayant constaté l'existence d'une maladie des voies urinaires qui pourrait s'aggraver très rapidement chez un homme de l'âge de M. L..., m'adressa ce malade.

Le repos, des boissons délayantes, des bains, des lavements et un régime très doux amendèrent beaucoup l'état de choses, mais ne firent pas entièrement disparaître la fréquence des urines et les douleurs de vessie, celles du gland surtout.

Je fis ma première visite à M. L... le 2 août.

Ce malade, de haute taille, sanguin-bilieux, très bien conservé d'ailleurs, et d'un caractère fort gai, m'accueillit gracieusement, sans préoccupation aucune, car il était très persuadé que ce qu'il éprouvait du côté des voies urinaires n'était qu'une indisposition sans importance.

D'après ce que me raconta M. L..., et sans examen préalable, je crus à l'existence d'une hypertrophie de la prostate et à une cystite chronique, à un état catarrhal de la vessie, que je supposai n'être que la conséquence, que l'ombre de cette hypertrophie, ainsi que cela s'observe si communément chez les vieillards.

Bien que l'âge avancé du malade m'imposât l'obligation d'être très prudent en fait d'explorations, M. L... insista tellement pour savoir à quoi s'en tenir sur la nature et sur la gravité ou la bénignité des troubles et des douleurs qu'il éprouvait dans ses voies urinaires, que je ne sus pas résister. — Cédant peut-être trop facilement et trop vite à cette pression, je procédai à une exploration de la vessie, alternativement pleine et vide d'eau tiède, avec un brise-pierre de moyen calibre.

M. L... ayant été placé de façon à ce que le siége fût très élevé, l'instrument franchit tout l'urèthre sans rencontrer quoi que ce fût en fait de coarctations et d'inégalités de calibre. La portion prostatique seule de ce canal offrit une légère difficulté pour le passage du brise-pierre, et tout fut dit quant à cette première partie de la besogne. Mais dès que cet instrument eut pénétré dans la vessie, cette poche se contracta sur lui, l'étreignit vigoureusement, douloureusement, et force me fut d'attendre que cette contraction spasmodique et que cette étreinte fussent passées, pour imprimer au brise-pierre des mouvements qui ne furent que très bornés, qu'à peu près nuls, et qui suffirent néanmoins pour que le Dr Dupont et moi pussions *soupçonner* l'existence d'un

corps étranger, très probablement celle d'un calcul. Je dis *soupçonner,* car le son qu'avait produit le contact de l'instrument avec ce que nous supposions être une pierre, avait été très obscur, à peine saisissable, perceptible.

Force nous fut donc, à mon confrère et à moi, d'être très circonspects à l'endroit du diagnostic, et de ne pas nous prononcer à la légère, prudence et circonspection dont le malade ne nous tint pas grand compte, tant il désirait savoir à quoi s'en tenir sur son état.

Un bain, un quart de lavement émollient et froid, des flanelles imprégnées d'une décoction de racine de guimauve et étalées sur tout l'abdomen, ne purent pas empêcher un accès de fièvre de se produire, mais s'opposèrent très certainement à ce qu'il fût trop long et dangereux.

Repos, diète absolue, boissons tempérantes.

La nuit qui suivit cette exploration fut mauvaise, et les douleurs de vessie aussi bien que la miction presque incessantes.

Continuation des boissons délayantes, des quarts de lavements émollients et froids. — Introduction dans le rectum et par delà les sphyncters de morceaux de glace sans aspérités, avec la recommandation très expresse de les renouveler à peu près toutes les heures.

Bouillons de volaille à peine tièdes.

Je donnai mes instructions de façon à bien faire comprendre aux personnes qui gardaient le malade, que la glace et les lavements froids devaient être supprimés s'il arrivait que M. L... transpirât, ou n'eût même qu'un peu de moiteur.

L'usage de ces moyens calma l'état nerveux général, les douleurs de vessie, celles de l'urèthre, et fit que les besoins d'uriner furent beaucoup moins fréquents.

Je laissai le malade se reposer sept ou huit jours, et ne commençai à le préparer, pour une exploration ultérieure de

la vessie aussi complète que possible, que le 10 août. — Ce jour-là, j'introduisis dans l'urèthre une bougie en gomme de très petit calibre, que M. L... ne put garder que trois minutes à peine.

Les 11, 12, 13, 14, 15 et 16 août, j'émoussai la sensibilité du canal, et l'habituai au contact des corps étrangers par l'introduction de bougies en gomme d'un calibre graduellement augmenté, et obtins la quasi tolérance de ce canal et de la vessie, en ajoutant à cet usage des bougies les quarts de lavements froids et la glace dans le rectum. Ce dernier moyen, ainsi que je l'ai déjà dit, je crois, m'a déjà rendu et me rend tous les jours des services signalés, notamment chez les malades nerveux, irritables, pusillanimes, non pas constitutionnellement, non pas par tempérament, par idio-syncrasie, mais à cause de leurs souffrances, de leurs tortures physiques et morales.

Étant tous les jours mis en demeure par M. L... de me prononcer sur son état et sur ce qu'il y aurait à faire selon telles ou telles éventualités, force me fut d'agir. Or, la première chose à faire fut de procéder prudemment, lentement à une exploration de la vessie, me promettant bien de mesurer les diamètres du calcul et de le casser, de le morceler, si j'en découvrais un, si je pouvais le saisir, et s'il était *cassable*.

Le Dr Dupont et moi nous réunîmes le 17 août, et dîmes au malade que nous ne voulions faire qu'une recherche afin de savoir à quoi nous en tenir sur l'état de la vessie, *qui avait souvent le verbe haut, et l'outrecuidance de vouloir le tenir sous sa dépendance,* nous dit plaisamment M. L..., quoiqu'il ne fût guère permis de plaisanter en pareille conjoncture.

17 août. — Les Drs Dupont, Majesté fils et moi étant réunis chez le malade, le fîmes coucher sur le côté droit de son lit, élevâmes le siége aussi haut que possible à l'aide d'un

coussin en crin, et lui recommandâmes l'immobilité.

L'introduction d'une sonde dans l'urèthre et dans la vessie fut facile; une injection émolliente faite lentement à travers cette sonde fut bien supportée, et l'introduction du brise-pierre lui-même n'offrit aucune difficulté, et fut très peu douloureuse.

M. L..., conservant toujours sa gaieté naturelle et son ton un peu narquois, me demanda si je serais long et si je ne pourrais pas l'opérer sans qu'il y fût? Ma réponse fut faite sur le même ton, tout en manœuvrant pour découvrir le calcul.

Après quelques secondes de recherches, je touchai un corps mou, élastique dans le bas-fond de la vessie, mais sans entendre le bruit particulier, plus ou moins sourd, plus ou moins éclatant, ordinairement produit par le contact des calculs avec l'instrument. Je crus un moment n'avoir pas affaire à un corps étranger, à une pierre, et ce ne fut que lorsque j'eus saisi entre les mors du brise-pierre *quelque chose* que j'avais rencontré dans la vessie, et que j'eus fortement serré ce *quelque chose* sans que M. L... éprouvât la douleur que les malades ressentent toujours quand, par méprise, par maladresse ou par défaut d'habitude, les opérateurs saisissent, pressent ou pincent entre les mors de l'instrument, ou une colonne de la vessie, ou la muqueuse vésicale elle-même, ce ne fut qu'alors, dis-je, que je fus sûr d'avoir pris un calcul, ayant très probablement pour enveloppe une couche molle, épaisse, élastique de mucus, pouvant très facilement donner le change à des mains peu exercées.

Avant d'aller plus loin, je fis constater, par les deux confrères qui voulaient bien m'assister, l'écartement des mors du brise-pierre, et la sensation d'un corps étranger pris dans ces mors.

Quoi qu'il en fût de cette particularité, qui n'est pas nouvelle, je rapprochai lentement les mors du brise-pierre à

l'aide de la vis et de l'écrou, morcelai le calcul, que je pris, lâchai et repris une vingtaine de fois environ. — Mes aides, les Drs Dupont et Majesté fils, ainsi que les personnes qui étaient auprès du malade, n'entendirent aucun bruit de morcellement, de broiement, et je pus à peine moi-même saisir, non pas par l'audition, mais par l'intermédiaire de l'instrument et de mes mains, comme la sensation d'un sable râpeux et à gros grains.

Immédiatement après le broiement du calcul, je lavai la vessie à grande eau par des injections, et fis mettre le malade dans un bain.

M. L... nous dit avoir peu souffert pendant la séance, et sentit, après dix minutes de séjour dans le bain, un besoin d'uriner qu'il satisfit assez facilement en rendant par l'urèthre quelque chose de blessant et de râpeux.

Deux heures après le broiement du calcul, M. L... eut un frisson qui dura une demi-heure, frisson dont j'abrégeai la durée en donnant une infusion de tilleul très chaude. L'accès de fièvre se termina au bout de trois heures par une sueur abondante.

Dès le soir même, les besoins d'uriner furent fréquents, ne purent être satisfaits qu'en partie, que par gouttes, que par jets très petits, brusques, saccadés, très fréquemment interrompus pour recommencer ensuite de la même façon, mais pendant quelques secondes seulement, et sans que le malade rendît, ni des fragments de calcul, ni même des atomes de sable, un sable pulvérulent.

Nuit mauvaise, agitée; urines très difficiles, douloureuses, sans expulsion de la moindre parcelle du calcul.

18 août. — Malade fatigué, souffrant, urinant à peine. — Une injection émolliente, faite dans la vessie avec une sonde conique en gomme à olive, soulagea beaucoup M. L..., et lui fit rendre une certaine quantité de sable.

Bain d'une demi-heure ; — deux quarts de lavements émollients et froids, pris à six heures d'intervalle; — frictions d'huile de camomille camphrée sur l'abdomen; — eau sucrée pour boisson; — très léger bouillon de volaille toutes les cinq heures.

Le soir de ce même jour — *18 août* — le malade ne put plus uriner, souffrit beaucoup de la vessie et de l'urèthre, et sentit des *duretés* s'arrêter vers le milieu du canal. En explorant l'extérieur de l'urèthre, je découvris deux saillies résistantes, deux fragments de calcul assez gros et fixés à 1 centimètre de distance l'un de l'autre. Je chargeai, saisis et pus extraire assez facilement ces deux fragments avec une pince longue, déliée, à mors chagrinés, pince que j'ai toujours la précaution de laisser chez les calculeux que j'opère, afin qu'ils puissent s'en servir dans les cas, malheureusement trop fréquents quoi qu'on fasse, où des fragments s'arrêtent, soit dans la fosse naviculaire, soit derrière elle, soit plus en arrière encore, et plus profondément dans l'urèthre.

Après cette manœuvre, je fis une autre injection dans la vessie, prescrivis des lotions huileuses et calmantes faites tout le long de l'urèthre, sur le périnée, et un quart de lavement émollient et froid.

La nuit du 18 au 19 août fut supportable; néanmoins, le matin, de très bonne heure, quatre fragments de calcul s'arrêtèrent dans l'urèthre, formant chapelet derrière la fosse naviculaire, d'où je les enlevai sans difficulté avec ma pince. Ces fragments étaient recouverts, comme ceux que j'avais extraits de l'urèthre la veille, d'une couche de mucus épaisse, élastique, d'un blanc nacré.

19 août. — Mon confrère le Dr Dupont et moi vîmes le malade à dix heures du matin, introduisîmes une sonde dans l'urèthre, et fûmes arrêtés au col de la vessie par des frag-

ments de calcul tassés, encombrant cette région, et s'opposant mécaniquement à l'émission des urines.

En présence de cet incident, qui est très commun à l'occasion de certaines lithotrities, et que j'ai très souvent rencontré chez des calculeux, le meilleur parti à prendre était de refouler les fragments dans la vessie si faire se pouvait, et de procéder à l'extraction de ces fragments avec un brise-pierre à cuillers profondes. C'est ce que je fis, aidé par le docteur Dupont. Six charges, faites coup sur coup, furent très heureuses, car je pus extraire chaque fois une forte proportion des débris du calcul.

Une heure après cette séance laborieuse, mais très douloureuse d'extraction des fragments, M. L... prit un bain.

Pas de fièvre, pas d'accidents; urines beaucoup plus faciles, mais épaisses, gluantes, d'une odeur repoussante.

Tout se passa bien le reste de la journée. Cependant, vers le soir, un gros fragment s'arrêta dans la fosse naviculaire, et en fut extrait par le malade lui-même, qui ne voulut pas attendre mon arrivée.

Lavement préparé avec 45 grammes d'huile de ricin; — deux garde-robes.

Nuit excellente, urines faciles et abondantes.

Continuation des boissons tempérantes, et potages au bouillon de volaille.

20 août. — Le malade ne rendit naturellement ni sable, ni fragments de calcul, souffrit beaucoup du col de la vessie et de l'urèthre, fut très faible, très fatigué, mais n'eut pas de fièvre.

Continuation des mêmes moyens, et de plus introduction, renouvelée toutes les deux heures, de morceaux de glace dans le rectum poussés jusque dans le cloaque, au-dessus des sphyncters.

A ma visite du soir, je trouvai le malade on ne peut

mieux à la faiblesse près, et n'ayant plus souffert du col de la vessie et de l'urèthre à dater de l'introduction du troisième morceau de glace dans le rectum.

Continuation de la glace pendant la nuit, en mettant des intervalles de quatre heures sans les renouveler.

21 août. — Voulant débarrasser le plus promptement possible M. L... des fragments de son calcul, et broyer les plus gros s'il y en avait encore qui eussent certaines dimensions, je procédai à une troisième séance de lithotritie ce jour-là, en présence des docteurs Majesté père et fils, et toujours avec l'assistance aussi intelligente qu'éclairée de mon ami le docteur Dupont.

M. L..., toujours excellent, toujours gai, toujours spirituel, et oubliant très facilement les douleurs passées, supporta sans mot dire, pendant douze minutes, les manœuvres à l'aide desquelles je broyai quarante-cinq ou cinquante fois des fragments ayant encore un centimètre et demi, un centimètre, six, quatre, trois millimètres de diamètre, mais tous ces écrasements, ces broiements, cette *mouture* faits sans bruit, sans la transmission à nos oreilles de l'ombre même d'un son.

Comme M. L... avait été très peu fatigué par cette séance, je profitai de cet état favorable pour charger dix fois de suite les fragments de calculs, aussi broyés, aussi réduits que possible à l'aide du brise-pierre à cuillers profondes, et réussis au-delà de mes prévisions.

Pour ne pas m'exposer à augmenter la faiblesse du malade, je ne prescrivis pas de bain. — Fomentations émollientes sur l'abdomen; — lotions huileuses sur le périnée; — quart de lavement émollient et froid; — glace dans le rectum. — Repos, tranquillité; surtout ne pas recevoir de visites pendant la durée desquelles M. L... se laissait trop aller au plaisir de la conversation.

Journée bonne à quelques petites douleurs de vessie et du col près, douleurs qui avaient cessé à ma visite du soir.

Continuation des bouillons de volaille, des potages. Un filet de sole demandé par le malade lui fait grand plaisir, et passe bien. — Pour boisson, hydrogale sucrée avec addition de sept à huit gouttes d'eau de laurier-cerise.

Nuit excellente; urines moins fréquentes, plus faciles; — une garde-robe.

22, 23, 24, 25 et 26 août. — Bien-être à un peu de faiblesse près.

27 août. — Deux fragments de calcul arrêtés dans l'urèthre en furent extraits par le malade lui-même avec ma pince, dont il se servait avec beaucoup d'adresse.

28, 29, 30 août et 1er septembre. — Le bien se maintint; la vessie se contracta plus énergiquement, se vida mieux, à peu près sans douleur, et, pour la première fois, trois fragments de calcul furent expulsés naturellement et sans efforts.

2 septembre. — Le docteur Dupont et moi fîmes une quatrième séance de lithotritie, mais ne trouvâmes que de très petits fragments qui furent en grande partie expulsés naturellement avec beaucoup de sable.

Un peu de fièvre, abattement, prostration, peu d'énergie morale, inquiétudes vagues; un peu de confusion dans les idées, dans l'expression de la pensée; urines muqueuses, épaisses, couleur de brique, puantes, difficiles et beaucoup plus fréquentes que les jours précédents. — Aucune douleur.

Nuit très mauvaise, et quelques phénomènes morbides qui me font redouter la venue d'accidents typhiques.

3 septembre.—Étant fort inquiet sur le compte de M. L..., j'allai le voir de grand matin et le trouvai ayant encore un

peu de fièvre, prostré; le visage étrange, grippé; le regard terne, un peu *strabique* de l'œil gauche; parlant sans suite, par monosyllabes pénibles, mais ne parlant, contrairement à ses habitudes, que lorsque je l'interpellais. Du reste, il demeura à peu près étranger à tout ce qui se passait autour de lui. — Dans la journée, deux garde-robes diarrhéiques et involontaires; urines involontaires aussi, sans être averti par le besoin de les rendre.

Infusion de quinquina; — un centigramme d'extrait thébaïque; — lavement amylacé et albumineux; — potage; — eau vineuse.

4 septembre. — Un peu de mieux; — pas de garde-robes; — urines très fétides, mais volontaires; — à peine de la fièvre; — prostration extrême; — plus de suite dans les idées; — aucune douleur n'est accusée.

Trois petits fragments de calcul et du sable furent rendus naturellement.

Continuation des mêmes moyens, moins l'extrait thébaïque.

Du 5 au 12 septembre, l'état du malade s'améliora lentement mais sûrement, et le 21, M. L... fut dans un état si satisfaisant, que je décidai de faire une cinquième séance de lithotritie le lendemain 22.

22 septembre. — Injection préalable, puis introduction du brise-pierre. Je ne broyai plus que des fragments n'ayant que trois et quatre millimètres de diamètre. — Cette séance ne dura que huit minutes, espace de temps pendant lequel M. L... nous affirma n'avoir souffert que fort peu.

Les contractions de la vessie étaient énergiques, et le malade rendit naturellement du sable et de nombreux débris de calcul.

Pas de fièvre, pas de malaise, à peine un peu de fatigue. — Urines chassées avec énergie et entraînant toujours avec

elles du sable et des débris presque insaisissables de la pierre.

Garde-robe naturelle.

L'appétit se prononça.

Bouillons, potages, volaille rôtie, blanc-manger, une cuillerée de vin de quinquina après chaque repas.

Du 23 au 28 septembre, le malade alla de mieux en mieux, urina parfaitement, rendit peu de sable, et seulement un ou deux petits fragments de calcul.

Continuation des mêmes moyens et augmentation graduelle de l'alimentation.

Du 29 septembre au 30 octobre, c'est-à-dire pendant un mois, le malade alla très bien, ne rendit plus ni sable ni fragments, et urina parfaitement.

Quoi qu'il en fût de ce retour complet à la santé, et après avoir soumis M. L... à des expériences relatives à ses urines et à l'alimentation, je crus devoir faire une dernière exploration de la vessie.

Cette exploration fut faite le 2 novembre, toujours en présence et avec l'aide du docteur Dupont. — Nos recherches furent faciles, très peu douloureuses, négatives et sans conséquences fâcheuses pour M. L..., dont la gratitude ne nous fit pas défaut.

L'analyse au chalumeau et par la voie humide des débris du calcul vésical remis par moi à M. Fauré, notre excellent chimiste, lui démontrèrent que cette concrétion était formée de :

Acide urique	83,50
Urates alcalins	4,50
Phosphate de chaux	2,75
Mucus vésical Matière colorante Perte inévitable	9,25
	100,00

Analyse des urines de M. L..., et mode d'alimentation prescrit pour éviter les récidives de calcul.

D'après le résultat de l'analyse des débris du calcul, M. Fauré dut se borner, dans l'examen des urines de M. L..., à rechercher la présence de l'acide urique, puisque c'était ce principe immédiat de l'urine qui formait la plus grande partie du calcul dont j'avais délivré le malade. Il devenait important aussi de reconnaître si l'acide urique se trouvait en proportion telle, qu'on dût craindre une récidive par la formation d'un nouveau calcul.

L'urine que j'envoyai à M. Fauré, huit jours après la dernière séance de lithotritie, était peu colorée, et contenait une grande quantité de mucus, dont une partie se déposait, par le repos, sous la forme d'une matière glaireuse blanchâtre. — Séparée par la filtration, et examinée isolément, cette matière muqueuse se dissolvait dans la potasse caustique comme le mucus ordinaire, et la saturation de cet alcali par l'acide chlorhydrique ne précipitait que du mucus sans aucune trace d'acide urique. L'urine filtrée était acide, et l'addition d'un excès d'ammoniaque n'y déterminait qu'un léger trouble occasionné par la séparation d'une nouvelle matière muqueuse, mêlée d'un peu de phosphate de chaux. — Les réactifs, d'ailleurs, n'indiquaient dans cette urine que les sels minéraux et animaux qu'on y trouve ordinairement.

120 grammes d'urine filtrée furent évaporés à une douce chaleur jusqu'à la moitié de leur poids. — L'évaporation ne troubla pas le liquide, qui fut divisé en deux parties égales, et placé dans des flacons convenables, numérotés 1 et 2. Dans le flacon n° 1, on ajouta 15 grammes d'acide nitrique pur, et, après avoir agité le flacon, on le laissa dans un lieu frais. — On ne mit dans le flacon n° 2 que dix gouttes du

même acide, et, après agitation, ce flacon fut également placé dans un lieu frais, et au repos pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, le flacon n° 1 ne contenait pas de cristaux de nitrate d'urée, et celui n° 2 n'avait laissé déposer aucun sédiment contenant de l'acide urique.

Deux jours après, j'envoyai à M. Fauré un autre flacon d'urine : celle-ci était d'une couleur plus foncée, était moins chargée de sédiment muqueux, rougissait plus fortement le tournesol, et n'y démontrait pas une plus grande quantité de phosphate de chaux. — La matière muqueuse séparée par ce réactif était moins abondante que dans la première urine. — Évaporée après filtration jusqu'à la moitié de son poids, comme la précédente, puis divisée en deux flacons n°s 1 et 2, et acidulée par l'acide nitrique dans les mêmes proportions que celle qui avait été remise la première à M. Fauré, on trouva, après vingt-quatre heures de repos, le flacon n° 1 rempli d'une masse cristalline *(nitrate d'urée)*, et dans le flacon n° 2 un sédiment grisâtre assez abondant, formé presque en entier d'*acide urique.*

Encore deux jours après, nouvelles urines, toujours du même sujet, mêmes expériences et résultats se rapprochant beaucoup de ceux obtenus avec les premières urines, c'est-à-dire absence presque absolue d'urée et d'acide urique.

Il nous fut facile, à M. Fauré et à moi, d'expliquer cette différence par la nature des aliments pris par le malade. Bien que les faits publiés à ce sujet ne nous laissassent aucun doute, nous désirâmes répéter des expériences déjà faites par plusieurs chimistes distingués. Ce fut dans ce but que je prescrivis à mon client une nourriture exclusivement végétale pendant quarante-huit heures consécutives, et que j'envoyai à M. Fauré les urines rendues après ce régime absolument, rigoureusement suivi. — Ces urines étaient peu colorées, peu chargées de sédiments glaireux et légèrement

acides. Filtrées, évaporées, divisées en deux parties et acidulées comme les précédentes, elles ne fournirent, après un repos de vingt-quatre heures, ni cristaux de nitrate d'urée, ni dépôt d'acide urique.

Je soumis ensuite M. L... à une alimentation prise tout entière dans le règne animal, mais surtout bœuf et mouton rôtis et grillés, et, après deux jours de cette nourriture succulente, j'envoyai à M. Fauré les urines que M. L... avait rendues. — Celles-ci étaient bien plus colorées que les précédentes, troubles, et un dépôt blanchâtre abondant occupait le fond du vase. Ce dépôt, séparé par le filtre, puis dissous dans la potasse caustique faible, et précipité ensuite par l'acide chlorhydrique, fut examiné avec soin. Il laissa découvrir, par l'action de l'acide nitrique et de la chaleur, la couleur rouge de l'acide purpurique; donc, ce dépôt contenait de l'acide urique, ce que M. Fauré n'avait pas encore rencontré.

Les urines filtrées furent aussi soumises à l'évaporation et acidulées après avoir été divisées en deux flacons numérotés 1 et 2, comme l'avaient été les précédentes. Quelques heures après, le flacon n° 1 fut rempli de cristaux de nitrate d'urée, qui continuèrent à se former jusqu'à ce que tout le liquide fût converti en une masse cristalline. La liqueur du flacon n° 2, elle, laissa déposer un précipité gris, qui avait également adhéré aux parois du vase. Ce dépôt, examiné avec soin, était presqu'en entier composé d'acide urique et d'urates.

D'après ces résultats, M. Fauré et moi nous crûmes autorisés à conclure, avec tous les praticiens, que les graveleux et les calculeux se trouveraient très bien de l'usage des bains, des boissons gazeuses, diurétiques, de celui de quelques eaux minérales, comme les eaux de Pougues et de Contréxeville. Comme tous les praticiens aussi, nous pensâ-

mes que les eaux de Vichy et de Carlsbad seraient utiles surtout pour combattre la diathèse urique, eaux à l'usage desquelles il faut toujours ajouter une hygiène convenable ayant pour but de diminuer le plus possible la quantité d'azote. Ce sera dans ce but que les malades devront prendre la plus petite quantité possible d'aliments azotés, et s'alimenter de viandes blanches, de poissons, de légumes herbacés surtout. — Le café, le thé et la plupart des boissons stimulantes devront être très sévèrement proscrits.

Un vin léger coupé avec l'eau de Vichy, ou du bicarbonate de soude ajouté à de l'eau pure dans la proportion de 2 à 4 grammes par litre, constituera la boisson à laquelle devront se borner les malades.

Somme toute, c'est à ce traitement combiné, modifié de diverses façons et selon les indications, que je dois les non récidives observées chez la plupart des nombreux calculeux que j'ai opérés depuis vingt-cinq ans par la lithotricie ou par la taille.

BIBLIOGRAPHIE.

Institutions d'Hippocrate, ou *Exposé philosophique des principes traditionnels de la médecine, suivi d'un Résumé historique du naturisme, du vitalisme et de l'organicisme, et d'un Essai sur la constitution de la médecine;* par M. T.-C.-E.-Édouard Auber, chevalier de la Légion-d'Honneur.

Le vent paraît décidément souffler à la doctrine. Ne voyons-nous pas publier, presque en même temps, les importants travaux de MM. Chauffard, Bouchut, Paul Dupuy, Fournet, Garreau, Rostan, et enfin celui de M. Auber, l'un des plus récents? Ne semble-t-il pas que cela prouve le besoin de se

rendre compte de la marche de la science actuelle? — Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs l'*Essai critique et théorique de philosophie médicale* de M. Dupuy; nous voulons aujourd'hui leur faire apprécier l'œuvre de M. Auber, nous réservant de leur faire connaître à mesure les travaux de MM. Rostan, Chauffard et Bouchut.

Le titre qu'a donné à son travail M. Auber indique déjà la direction de son esprit : *Institutions d'Hippocrate;* et de peur que ce titre ne soit pas intelligible pour la jeune génération médicale, l'auteur l'explique dès l'abord : ce sont *les principes généraux et invariables* qui doivent diriger le médecin dans la pratique de son art, *les dogmes* de la médecine hippocratique; et le but de M. Auber, est de ramener ces dogmes à l'unité de principe, de faire voir dans cette unité la source philosophique de la science et de l'art, et de ranimer ainsi l'esprit des saines croyances. — En d'autres termes, ce n'est là que poser les bases de la pathologie générale. — Mais pour l'école dominante, pour l'école positiviste, y a-t-il possibilité d'établir une vraie pathologie générale? — On n'en est encore qu'aux éléments, à la collection de faits. — Et les généralisations, les sentences, les aphorismes des grands esprits qui ont dans le cours des siècles résumé la science, tout cela est comme non avenu? — Et les travaux d'Hippocrate, de Galien, de Fernel, de Baillou, de Sydenham, de Baglivi, de Zimmerman, de Boerhaave, d'Hufeland, et de combien d'autres encore! doivent être voués à l'oubli. — Mais n'a-t-on donc pas observé jusqu'à présent, ou tout ce qu'on a recueilli de faits ne doit-il plus compter? — Les observateurs d'aujourd'hui y ont-ils bien réfléchi? — S'ils répudient tout ce qui a été fait avant eux, ne pensent-ils pas que leurs observations d'à-présent n'auront plus tard aucune valeur? — Non, la science n'est pas si versatile, et quoi qu'en dise un des esprits généralisateurs pourtant de nos jours, l'auteur du *Traité de pathologie générale,* il n'est pas exact « que la médecine en soit encore (en 1863) à chercher sa voie, au milieu de la multitude de ses théories et des tâtonnements de ses expériences. » — Et il n'est pas plus vrai de dire avec M. Trousseau, ce savant professeur : « que la

médecine n'est pas une science..., et que le médecin est moins un savant qu'un artiste. »

Il serait difficile, après avoir lu l'ouvrage de M. Auber, de se ranger à de telles et si décourageantes assertions. — Athlète vigoureux de la véritable doctrine médicale, l'auteur, qui depuis son premier *Coup d'œil sur la médecine envisagée au point de vue philosophique*, en 1835, a continué en 1839 par son *Traité de philosophie médicale,* et a repris ce sujet en 1853 par son *Traité de la science médicale* (histoire et dogmes), n'a pas voulu terminer sa carrière sans livrer un nouvel assaut, et tenter d'obtenir enfin la victoire en faveur de ce qu'il proclame la vérité.

Sans doute, dans ce dernier volume, se rencontrent des choses déjà exprimées ailleurs ou même par lui antérieurement; mais c'est là qu'on peut dire : *Bis repetita placent.*

Dans son Introduction, *Notice historique et critique sur les œuvres d'Hippocrate,* M. Auber a donné une appréciation, une classification on ne peut plus judicieuse de ces œuvres. Il en a fait ressortir la méthode, la philosophie, la doctrine. Et, disons-le, c'était là ce qui importait le plus. Telle traduction peut être plus « travaillée à l'endroit du mot, du point et de la virgule, mais, au fond, être moins exacte. » — Mais nous ne prendrons pas couleur dans cette question, nous dirons seulement que M. Auber a surtout suivi la traduction de Gardeil du texte grec de Foës. Nous n'avons pas le projet de suppléer à l'ouvrage, nous désirerions seulement faire naître le désir de le méditer. Et ce projet ne manque pas de difficulté. — Ce volume est plein des idées les plus fécondes, éparses dans près de 500 pages gr. in-8°, et sous les titres que nous avons rappelés en tête de cet article. — La seule table analytique qui le termine en contient 40, petit texte. C'est dire que pour rendre compte du travail tout entier, il nous faudrait bien plus d'espace que nous ne pouvons lui en consacrer.

L'auteur a divisé son œuvre en quatre parties. — La première, consacrée aux principes de la science et de l'art. Là il a établi, comme bases de la philosophie médicale, l'observation et l'expérience, les procédés de l'entendement dans la recherche et la généralisation de la vérité, la logique médicale. — Il définit la

médecine, dévoile son origine, ses sources, d'où découle la certitude. — Un beau chapitre est consacré aux *principes, dogmes* et *préceptes*. — Il doit être sérieusement médité et ne saurait être morcelé. Je n'en puis donc rien dire à part.

La deuxième partie a pour objet *l'histoire naturelle des maladies;* véritable pathologie générale, la nosologie, la pathogénésie, l'étiologie ou cause des maladies; le tout considéré au point de vue du naturisme, de l'hippocratisme. — Le *diagnostic* y est considéré surtout comme affections générales. Le *pronostic et la séméiologie* y sont l'objet de considérations générales, de préceptes généraux d'où ressortent les sources, les bases du pronostic.

L'hygiène, le régime ou *l'alimentation* commencent la *troisième partie,* qui se termine par la *thérapeutique générale* ou *principes généraux de l'art de guérir*. C'est là qu'est glorifié le plus grand dogme de la doctrine hippocratique, celui de la *nature médicatrice.* Mais qu'on n'aille pas croire qu'en faveur de ce grand principe le médecin doit être désarmé; Hippocrate ne l'a jamais dit. N'est-ce pas de lui que date cet aphorisme : *Quod medicamentum non sanat,* etc., etc.? — Qu'on cesse donc d'accuser le médecin qui croit à la force *médicatrice* de tout attendre d'elle; mais qu'on veuille bien consentir que tous ses efforts seraient vains si on ne pouvait compter sur elle. M. Auber l'a prouvé surabondamment dans diverses parties de l'œuvre que nous avons sous les yeux.

Peut-être l'auteur eût-il pu se dispenser d'exposer, dans la *quatrième partie,* les *premiers tableaux des maladies*. — Ce que savait Hippocrate de la *pleurésie,* soit *sèche,* soit *du dos;* de la *pneumonie* ou *péripneumonie;* de l'*hydropisie de poitrine,* des *tubercules* et de la *phthisie,* etc., etc., est aujourd'hui, sous beaucoup de rapports, dépassé, et ce n'est guère que par l'application de ses idées générales à ces faits particuliers que la doctrine d'Hippocrate doit d'être encore en vigueur. — M. Auber n'aurait-il pas pu se dispenser aussi de réveiller la métaphysique d'Hippocrate? — Ses idées sur *la cause première,* sur *la création et le mouvement de l'univers,* sur *la nature de l'âme,* ne sauraient

avoir quelque intérêt de nos jours, et nous ne voyons pas l'étroite connexion que peuvent avoir ces idées avec la doctrine médicale.

Jusques ici, nous avons vu véritablement les *Institutions d'Hippocrate;* mais nous allons les retrouver encore, sous une autre forme, dans le *Résumé historique du naturisme, du vitalisme et de l'organicisme.* — C'est dans cette partie de l'ouvrage de M. Auber que l'on trouve l'exposition la plus exacte et la plus complète de ce qu'on doit entendre par naturisme, ce dogme fondamental de la doctrine d'Hippocrate, qui jusqu'à nos jours n'a cessé de subsister, même dans l'esprit de ceux qui n'y croyaient pas. — Ce n'est pas seulement chez les anciens que ce dogme a régné. Après eux, Fernel, Duret, Baillou, Sennert, Sydenham, Baglivi, Stahl, et presque de nos jours les idées de Haller, de Bordeu, de Bichat, sur *la sensibilité, la contractilité* et *les propriétés vitales,* ne sont que des commentaires de cet aphorisme d'Hippocrate : La nature est une faculté première et primordiale.

Mais du naturisme au vitalisme il n'y a qu'un pas. Que dis-je? n'est-ce pas la même chose sous un autre nom? Et c'est surtout l'histoire du vitalisme qu'a tracé dans ce chapitre M. Auber. — La grande figure de Barthez domine ce tableau, dans lequel l'auteur a exposé, avec une entente parfaite, tout ce qui constitue cette doctrine : l'unité vitale, la solidarité des organes, les sympathies, la synergie, d'où ressortent la nosologie et la thérapeutique du vitalisme. — Il n'était guère possible d'en faire l'histoire sans s'occuper des travaux de l'école de Montpellier, des doctrines de M. Lordat. — Nous avons trouvé là, avec satisfaction, l'éloge du professeur Golfiu, et mention des idées des de Sèze, Robert, Roussel et Cayol. Il a résumé le tont sous le titre d'*Aphorismes de l'hippocratisme moderne.*

L'histoire de l'organicisme l'occupe à son tour; il en fait remonter l'origine à Thalès et à Épicure; mais c'est surtout de Théophile Bonnet et de Morgagni qu'il prend sa véritable date, pour venir régner dans l'école de Paris, où l'un de ses plus illustres représentants vient de l'affirmer de nouveau. — Mais

n'est-il pas possible de retrouver encore, au fond de l'organicisme de M. Rostan, quelques traces, qui s'y glissent malgré lui, de vitalisme, dont il est si difficile de s'affranchir lorsqu'on est un si grand médecin? C'est ce que M. Auber cherche à établir, en classant encore M. le professeur Rostan parmi les vitalistes. — Serait-il organicien jusqu'au point de reconnaître avec eux qu'*une cellule et du mouvement, voilà l'univers?* qu'*une cellule vivant par elle-même, constitue le germe organique, l'embryon humain?* — Dans cette partie de son travail, M. Auber s'est livré à une critique parfois un peu vive; mais il nous semble que le plus souvent il a frappé juste, bien qu'un peu fort. — *Le parallèle* qu'il a tracé du *médecin organicien* et du *médecin vitaliste* ne serait peut-être pas accepté tout entier du premier. — Il semble que le travail de M. Auber ait été entrepris surtout pour en arriver à l'*Essai philosophique sur la constitution scientifique de la médecine* qui termine le volume. C'est là, en effet, qu'il résume *les principes constitutifs de la science médicale;* qu'il établit que l'étude de la vie et de ses lois est l'objet spécial et absolu de la médecine; que les maladies sont des fonctions accidentelles, dont le but est de résister à l'action des agents morbifiques, et de réparer le mal qu'ils ont causé. — Ce grand axiome, que l'école organicienne ne peut accepter, peut-être parce qu'il est tracé d'une manière trop absolue, n'en domine pas moins la thérapeutique médicale. Mais allez-vous le faire adopter par le médecin armé du couteau? par celui qui se trouve chaque jour en face d'altérations organiques dont il lui est impossible d'assigner l'origine à une cause autocratique? Mais c'est que l'organisme est souvent vaincu, et que sa réaction, loin de venir en aide à sa conservation, devient un mobile de destruction. Cependant, même après ce secours manuel nécessaire à sa délivrance, est ce qu'on ne voit pas reparaître cette force médicatrice qui cherche bientôt à rétablir l'équilibre?

Voilà des idées que M. Auber, avec une logique irrésistible, cherche à faire prévaloir. — Et celui qui, sans idée préconçue, lira attentivement le travail que nous venons d'examiner, sera bientôt près de partager ses vues, sinon dans toutes ses consé-

quences, au moins dans le principe dominant. — Nous le répétons : M. Auber est un champion intrépide et convaincu de la doctrine hippocratique, du véritable vitalisme. C.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Empoisonnement par une application de nitrate acide de mercure, sur la peau; mort le neuvième jour après l'accident; par M. E. Videl. — Il s'agit, dans cette observation, d'une femme de vingt-six ans, d'une faible constitution, chloro-anémique, souffrant depuis plusieurs années de dyspepsie et de douleurs névralgiques, entrée à l'Hôtel-Dieu le 27 juillet 1864, en proie aux plus vives douleurs que puisse causer une cautérisation sur une large surface par un liquide caustique. Par une inconcevable méprise, la personne chargée de lui donner des soins se trompant de fiole, au lieu du liniment ordonné, avait employé en friction une partie du contenu d'un flacon de nitrate acide de mercure.

La friction avait été faite avec un linge imbibé de ce liquide, et avait duré de cinq à six minutes, malgré les cris de la patiente.

Indépendamment des caractères extérieurs d'une profonde brûlure, voici les symptômes constatés : anxiété extrême; pendant la nuit elle tomba dans une prostration extrême et fut prise à cinq ou six fois de vomissements de matières bilieuses.

Le lendemain, état cholériforme grave; refroidissement général, algidité très marquée des extrémités, du nez et de la langue, traits tirés, yeux excavés, pâleur livide de la face, cyanose des lèvres et des extrémités; toux faible, presque éteinte; sentiment de lipothymie et d'anxiété épigastrique; nausées continuelles; pouls petit, presque filiforme, très-fréquent.

Une potion additionnée de rhum et de teinture de musc, des boissons chaudes excitantes, réchauffèrent un peu la malade; cependant les vomissements continuèrent pendant la journée et la nuit. Constipation et anurie.

29 juillet. Les vomissements bilieux continuent, quelques filets de sang; la face est toujours grippée, les extrémités encore cyanosées, bien que l'algidité soit moins prononcée que la veille. Les souffrances sont très-vives. L'intelligence est très bien conservée.

Depuis la veille au soir, la malade sent que ses gencives sont enflées. Elles sont en effet gonflées et saignent facilement ; la muqueuse buccale est rouge et tuméfiée dans les replis des lèvres. Il n'y a pas de salivation, mais, particularité bien remarquable, il s'est produit depuis la veille un liséré noirâtre des plus tranchés sur le bord libre des gencives. Ce liséré, très prononcé autour de la sertissure des dents incisives et canines de la mâchoire inférieure et de la mâchoire supérieure, est moins marqué antour des molaires. Le ventre est rétracté, la constipation persiste. La malade n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures ; la vessie est vide. Les vomissements persistent, malgré la glace et l'eau de Seltz.

30 juillet. Les escarrhes sont entourées d'une auréole inflammatoire et commencent à se détacher. Les vomissements sont glaireux, filants et encore très-fréquents, bien que diminués un peu par l'administration d'une potion de Rivière. Deux évacuations alvines brunâtres et demi-liquides. Ténesme vésical. Impossibilité d'uriner ; la sonde, introduite dans la vessie, ne ramène que quelques gouttes de mucosités sanguinolentes.

1er août. Les vomissements ont diminué, mais la diarrhée est abondante, accompagnée de coliques. Les évacuations sont involontaires, et la malade, très-affaiblie, se plaint de céphalagie, d'éblouissements et de tintements d'oreille. Le refroidissement persiste, le pouls est petit, filiforme, a 140 pulsations.

2 août. L'algidité augmente, la faiblesse est extrême, la voix éteinte. La malade ne répond plus que par signes, lorsqu'on la tire de l'état demi-comateux dans lequel elle est plongée. Les vomissements ont cessé. La diarrhée est séreuse, jaunâtre ; les évacuations sontfréquentes.

3 août. L'escarrhe du dos est détachée et laisse à nu une large place couverte de bourgeons charnus et en pleine suppuration.

4 août. Les vomissements n'ont pas reparu, l'anémie continue ; les selles sont toujours diarrhéiques, les extrémités sont cyanosées. La malade ne répond plus et est dans un état de coma qui annonce une fin prochaine. Elle meurt sans agonie à trois heures après midi.

A l'autopsie, lésions semblables à celles que l'on trouve chez les asphyxiés. — Congestion des divers organes. — Sang noir, fluide. Carbonisation et ecchymoses dans l'estomac, la vessie et les intestins.

M. Flandrin, interne en pharmacie, très habile dans les manipulations chimiques, voulut bien se charger de rechercher le mercure

dans le foie, les reins, le cœur et le cerveau. Le résultat de cette analyse a démontré la présence d'une quantité sensible de mercure dans le foie : les autres organes n'en ont point offert de traces.

(Compte-rendu de la Société de biologie.)

CHRONIQUE.

Séance de rentrée des Facultés et de l'École préparatoire de Médecine.

Cette séance a eu lieu, le 15 novembre dernier, au milieu d'un grand concours d'auditeurs. Aux places d'honneur siégeaient Mgr le Cardinal Donnet, le sénateur général Daumas, M. le Préfet, le Premier Président de la Cour impériale, le Procureur général, M. Brochon, maire de Bordeaux, et divers membres des administrations.

M. le Recteur a ouvert la séance par un discours où il a interprété la circulaire de M. le Ministre de l'Instruction publique sur les leçons ou conférences qu'il sollicite en dehors des Facultés.

MM. les Doyens ont successivement donné lecture du compte-rendu des travaux respectifs des Facultés.

M. Sabatier, doyen de la Faculté de Théologie, a, cette année, prononcé le discours d'usage, et fait connaître les modifications apportées au corps dont il est le chef.

M. Gintrac, directeur de l'École de Médecine, a pris à son tour la parole, puis a eu lieu la distribution des prix. — Nous sommes heureux de reproduire le discours qu'a prononcé notre éminent collègue.

« Monsieur le Recteur,

» Messieurs,

» Le Rapport que j'ai l'honneur de vous présenter ne peut commencer que par des paroles empreintes de tristesse. L'École de Médecine a fait récemment une perte des plus regrettables. Notre excellent collègue, le professeur Barbet, a été frappé dans des circonstances extrêmement douloureuses. Déjà malade, il n'a pu résister à un choc qui a brisé deux existences à la fois. Depuis que nos écoles sont chargées de l'instruction et de la réception des pharmaciens, M. Barbet s'était dévoué à cette grave mission avec un zèle qu'expliquent l'affection ardente qu'il portait à sa profession, son amour du

devoir et son exquise honorabilité. Généralement, on ne se fait pas une idée fort exacte de l'exercice de la pharmacie. On a semblé quelquefois vouloir l'assimiler à une sorte d'industrie ou à une branche de commerce. Mais l'industriel qui offre ses produits, le commerçant qui vend sa marchandise, attend et craint le contrôle de l'acheteur. Le pharmacien qui livre un médicament ne redoute rien de pareil. Son affaire est toute de confiance. Sa coopération à l'art médical est une œuvre de science et de moralité. La société a donc le droit d'exiger de lui et des preuves d'un savoir suffisant et des garanties de parfaite honnêteté. Par ses leçons substantielles et par l'habile direction qu'il avait imprimée aux études pharmaceutiques, M. Barbet s'était efforcé de former des hommes instruits, et par l'exemple de toute sa vie, il enseignait l'exactitude, le désintéressement, la probité la plus sévère. Le ressort académique compte aujourd'hui de nombreux élèves de M. Barbet qui font honneur à l'École de Bordeaux. Sous l'influence utile et persévérante de notre estimable collègue, le niveau des connaissances s'est élevé, le degré de considération s'est accru parmi le corps pharmaceutique d'une vaste région de l'Empire. Vous trouverez donc très légitimes, Messieurs, et vous partagerez avec nous, les vifs regrets que j'exprime au nom de l'École tout entière.

» Quelques changements relatifs à notre personnel ont eu lieu pendant le cours de l'année.

» Par suite de la nomination de M. Henri Gintrac au titulariat de la clinique interne, la chaire de professeur adjoint était devenue vacante. Elle a été transformée en deuxième chaire de titulaire, et conférée à M. Mabit. Celle de pathologie interne qu'occupait notre collègue a été donnée, avec le titre de professeur adjoint, à M. le Dr Paul Dupuy. M. Guépin s'étant démis des fonctions de chef des travaux anatomiques, a été remplacé par M. le Dr Lanelongue.

» Les cours ont présenté le tableau des diverses branches de la science médicale, en suivant l'ordre des programmes approuvés par l'autorité universitaire.

» En dehors des cours obligatoires ont eu lieu des conférences sur l'histoire naturelle médicale. L'utilité déjà signalée l'an dernier de cet enseignement, encore facultatif, démontre la parfaite opportunité de le rendre régulier et définitif. Nous avons tout lieu d'espérer que ce vœu sera favorablement accueilli.

» Le nombre des élèves inscrits s'est encore augmenté pendant la

dernière année classique. Il a été de 120; celui des inscriptions de 405.

» Nos élèves ont, en général, montré de l'application. Ils ont été assez assidus aux leçons. Les examens de fin d'année ont prouvé qu'ils avaient profité des moyens d'études et de travail que l'École et l'hôpital leur offrent en abondance.

» Ces examens sont devenus de plus en plus sévères. Les juges ont pensé, avec raison, que l'indulgence est à la fois nuisible à ceux en faveur desquels elle s'exerce, et compromettante pour l'institution qui croirait pouvoir se la permettre.

» Sur 94 élèves qui devaient être examinés, 12 ne se sont pas présentés, plusieurs par motif de santé; quelques autres par la crainte, peut-être assez fondée, d'échouer.

» Les jugements ont été classés de la manière suivante : 6 élèves ont obtenu la mention *très satisfait,* 9 la mention *bien satisfait,* 19 la note *satisfait,* 14 ont été admis avec la note *passablement satisfait,* et 16 avec la note *médiocrement satisfait.* 18 ont été ajournés.

» Les élèves ajournés et ceux qui n'avaient pu se présenter dans le mois d'août ont été examinés dans la session de novembre. 23 ont été admis et 2 ont été ajournés.

» Ces derniers et les cinq qui ne se sont pas présentés ne pourront prendre de nouvelles inscriptions cette année. Ils sont obligés de suivre de rechef les cours dont ils n'avaient pas suffisamment profité. Ainsi se trouvent arrêtés, dans leur marche, les élèves peu studieux, qui, sans cette mesure prudente et décisive, auraient pris d'année en année toutes leurs inscriptions, se proposant toujours de réparer le temps perdu, et n'en trouvant jamais l'occasion ou le temps; obligés enfin de subir les examens de réception, ils se préparent à la hâte, absorbant sans ordre une foule de notions, qui, dépourvues d'appui et de lien, se détachent bientôt les unes après les autres et ne laissent à l'intellect dépossédé que la fatigue d'un labeur infructueux.

» Les conférences hebdomadaires et les examens de fin d'année sont donc une précieuse garantie de la régularité des études dans les écoles de médecine.

» Ceux de nos élèves qui, dans ces conférences et ces examens, se sont le plus distingués, vont être appelés dans quelques instants pour recevoir de vos mains bienveillantes les récompenses dues à leur application et à leurs succès.

» Les réceptions des officiers de santé ont été présidées, cette année, par M. l'Inspecteur général Denonvilliers.

» 9 candidats se sont présentés. 6 ont été admis avec les notes suivantes : 1 *très satisfait,* 3 *satisfait,* 2 *passablement satisfait.*

» 3 ont été ajournés à l'an prochain.

» 19 élèves sages-femmes ont été examinées et reçues.

» La session relative à la réception des pharmaciens de deuxième classe, présidée par M. Cauvy, a été remarquable par le nombre et par l'instruction des candidats.

» Sur 21 aspirants, 15 ont été reçus : 6 avec la mention *très satisfait,* 5 avec la mention *bien satisfait,* et 4 avec la mention *satisfait;* tous, par conséquent, avec de bonnes notes.

» Les travaux des professeurs, non compris dans les devoirs de l'enseignement, ont été nombreux et variés.

» M. de Fleury s'est occupé d'un sujet fort à l'ordre du jour dans le monde médical : d'une forme non décrite de lésion de la parole, mutité par effet reflexe ou *apthongie.*

» M. Labat a publié : 1° Un *Mémoire sur le chloroforme, sur les accidents qu'il produit, et les moyens d'y remédier;* 2° des *Réflexions sur des faits d'accidents herniaires graves.*

» M. Paul Dupuy a fait paraître : 1° Un *Mémoire sur la spontanéité morbide;* 2° un *Examen critique des théories de l'infection purulente;* 3° un *Aperçu de nosologie;* 4° des *Considérations sur le mouvement dans l'ordre vital.*

» M. Azam a publié : 1° Une *Note sur les opérations que nécessite le resserrement cicatriciel des mâchoires;* 2° une *Observation d'arthrite vertébrale multiple;* 3° une *Observation d'ostéo-myclite du fémur.*

» Notre collègue a lu à la Société de Chirurgie un *Mémoire sur la résection du grand nerf sciatique,* et à l'Académie de Médecine un *Mémoire sur la mort subite par embolie pulmonaire dans les fractures et les contusions.*

» M. Azam a aussi composé un travail important, comme rapporteur d'une Commission formée au sein de l'École de Médecine, sur la demande de M. le Maire, pour examiner l'opportunité de la translation hors ville des divers hospices de Bordeaux sur le domaine de Pellegrin. Dans cette œuvre remplie de documents intéressants et d'appréciations judicieuses, notre laborieux collègue, organe de l'unanimité de l'École, a montré les avantages incontestables d'un projet en faveur duquel l'Administration municipale et le Conseil municipal se sont résolûment prononcés. Dans cet appel à l'expérience des professeurs, M. le Maire ne leur a pas seulement manifesté de l'es-

time, il leur a donné une marque de sympathie; et cette honorable et précieuse sympathie ne s'est-elle pas encore révélée par d'autres actes plus récents? En arrachant à l'oubli, en rendant à jamais populaires des noms qui avaient souvent retenti sous les voûtes de l'École de Médecine, le digne chef de l'édilité bordelaise a voulu honorer le talent et illustrer des carrières noblement remplies au service de l'humanité : qu'il reçoive l'expression de notre vive gratitude.

» M. Costes a inséré dans le *Journal de Médecine,* dont il est le zélé rédacteur, une *Observation de tic non douloureux ou convulsion mimique de Romberg,* affection réfractaire à la plupart des moyens et qui a cédé, dans ce cas, à l'emploi du chloroforme.

» Le Directeur a lu au Congrès des Sociétés savantes tenu à la Sorbonne un *Résumé de nombreux faits relatifs aux hémorrhagies encéphaliques et rachidiennes,* et à l'Académie des sciences, le sommaire d'un travail sur l'*Atelencéphalie.*

» Plusieurs fois, depuis le commencement de ce siècle, on a essayé de former un faisceau complet des connaissances acquises en médecine. Présentés dans un ordre alphabétique, les sujets dont se composaient ces vastes répertoires donnaient le reflet des progrès accomplis. Mais comme la science marche sans cesse, on a cru récemment nécessaire de reprendre cette œuvre considérable, de refondre les anciens matériaux ou de recomposer avec de nouveaux éléments les différentes parties de cet édifice, incohérent sans doute, mais d'un intérêt et d'une utilité qu'on ne saurait méconnaître. Deux importantes entreprises viennent de se fonder à Paris : deux grands dictionnaires de médecine sont nés presque le même jour, alimentés par de nombreux et savants auteurs, marchant parallèlement sous des directions différentes et avec des prétentions diverses, ayant toutefois le même but et s'efforçant de donner, non le dernier mot, sera-t-il jamais trouvé? mais le mot actuel de la science. Pour l'une de ces publications, trois de nos collègues, MM. Denucé, Henri Gintrac et Oré ont été priés de fournir une active collaboration. Cet appel honore l'École de Médecine de Bordeaux, et à ce titre je devais en faire une mention particulière.

» Cet honneur n'est pas le seul qu'ait reçu cette année notre École.

» Vous n'avez sans doute pas oublié, Messieurs, les importantes discussions soulevées au Sénat par des pétitions opposées, d'officiers de santé demandant l'extension de leurs droits et de docteurs réclamant la suppression de ce deuxième ordre de médecins. Dans deux des

discours prononcés à cette occasion, l'un par l'éminent et vénérable Prélat témoin assidu de nos efforts, l'autre par le Savant illustre que des missions spéciales ont plusieurs fois conduit à Bordeaux, il a été rendu, de notre École, le témoignage le plus flatteur. Nous pourrions en être fiers en considérant où et par qui cet éloge a été prononcé; mais sachant ce qui nous reste à faire pour rendre notre enseignement plus digne encore de pareils suffrages, nous nous bornons à exprimer une profonde gratitude pour les encouragements qui nous ont été donnés. Là ne devait pas cependant s'arrêter le rôle de l'École de Médecine de Bordeaux. Par suite du renvoi des pétitions à M. le Ministre de l'instruction publique, ce sagace et zélé promoteur de toute idée utile et féconde a voulu connaître l'état réel des questions en litige, et la solution présumée des difficultés dénoncées ou pressenties. Son Excellence a nommé une Commission chargée de revoir la législation médicale en vigueur, d'en signaler les imperfections et les lacunes, d'étudier et de proposer les améliorations qu'ont rendues nécessaires la diversité des temps et les besoins de la société présente, et que rendront possibles les nombreuses sources d'instruction médicale répandues aujourd'hui sur le sol de l'Empire. Le Directeur de l'École de Médecine de Bordeaux a été nommé membre de cette Commission. Il est heureux d'adresser publiquement à M. le Ministre, tant en son nom qu'en celui des honorables collègues qu'il représentait, de sincères remerciements pour ce haut témoignage de confiance. Vous comprendrez, Messieurs, que je dois garder le silence sur les résolutions proposées et les conseils émis par cette laborieuse Commission. Mais je puis sans indiscrétion assurer que toutes les questions relatives à l'enseignement et à l'exercice de l'art médical ont été largement envisagées et attentivement discutées; que toute idée préconçue a été écartée, que l'esprit pratique, s'appuyant sur la réalité des faits, a recherché le bien immédiatement nécessaire et possible, laissant à l'avenir les projets hardis, les réformes radicales, les conceptions plus ou moins utopiques, qui, certainement, ne seraient encore ni prudentes ni réalisables. La Commission a voulu surtout que les études médicales fussent plus fortes, plus élevées, plus complètes, suffisamment prolongées, en un mot, rendues plus avantageuses aux populations qui doivent en ressentir l'heureuse influence. L'importance de l'instruction donnée dans les diverses Écoles de Médecine, déjà solidement prouvée par l'expérience des précédentes années, a été affirmée de nouveau, et elle se confirmera de plus en plus par les

services qu'on peut attendre de ces foyers scientifiques s'ils sont dotés de conditions meilleures d'organisation, de recrutement, d'installation et d'attributions. Quant à nous, Messieurs, fidèles à notre passé, heureux des conquêtes obtenues, travaillant sans relâche à la prospérité d'une École qui est l'objet de notre entier dévouement, nous regarderons comme la plus précieuse récompense de nos travaux et de nos constants efforts, l'estime accordée à nos chers élèves et la position distinguée qu'ils acquerront par l'étendue de leur savoir et par l'efficacité bienfaisante de leur intervention professionnelle dans tous les rangs de la société. »

DISTRIBUTION DES PRIX AUX ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

Élèves en Médecine.

3me Année.

1er *Prix* ex-æquo	M. Loignon (Pierre-Léonidas), de Saint-Aubin de Blagnac (Gironde).
	M. Bordes (Pierre), de Pardaillan (Lot-et-Garonne).
2me *Prix*........	M. Dudon (Jn-Bapte-Ch.), de Pessac-sur-Dord. (Gir.).
Accessit........	M. Dutrénit (Jean-Numa), de Landiras (Gironde).

2me Année.

1er *Prix*........	M. Dessus (Étienne-Clémt), de Barbezieux (Char.).
2me *Prix*........	M. Duleau (Georges-Armand), de Caudrot (Gir.).
1er *Accessit*.....	M. Naud (Paul-Michel), de Saujeon (Char.-Infér.).
2me *Accessit*.....	M. Lasserre (Barthélemy), de Castelvieil (Gironde).

1re Année.

Prix...........	M. Gachet (Pierre-Isid.-Gaston), de Margaux (Gir.).
1er *Accessit*.....	M. Cédassé (Jean), de Charre (Basses-Pyrénées).
2me *Accessit*.....	M. Ruaux (Michel-Albert), de Villexavier (Ch.-Inf.).
3me *Accessit*.....	M. Labonotte (Michel-Gezlin), de Verdelais (Gir.).

Élèves en Pharmacie.

Pharmacie.

Prix...........	M. Carles (Pierre-Paulin), de Moissac (Tn-et-Gar.).
Accessit.........	M. Parmentier (Pierre-Benjam.), de Castillon (Gir.)

Manipulations chimiques.

Prix...........	M. Savinaud (Barth.), de St-André-de-Cubzac (Gir.).
Accessit.........	M. Parmentier, déjà nommé.

— Le nombre des élèves inscrits à l'École de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, pour le premier trimestre de l'année scolaire 1864-65, est de 125.

— A la suite des concours qui ont eu lieu récemment à l'hôpital Saint-André, ont été nommés :

Premier interne, M. Martin.

Internes, MM. Dessus, Dutheil, Lamourdedieu, Calmeille.

Adjoints, MM. Baudrimont, Gachet, Ruaux, Vallade, Espinouse, Labonotte.

Nous accueillons avec reconnaissance les témoignages d'intérêt donnés à notre si regretté collègue le professeur Barbet. Aussi, nous sommes heureux de pouvoir reproduire les paroles sympathiques que M. le D[r] Levieux a fait entendre à l'ouverture des travaux du Conseil d'hygiène qu'il préside, et dont M. Barbet était un membre actif.

« Messieurs et chers Collègues,

» Aujourd'hui, pour la première fois, je prends place au milieu de vous avec un sentiment de profonde tristesse! Peut-il en être autrement quand j'arrête mes yeux sur ce fauteuil laissé vide par la mort de l'excellent collègue si digne de notre estime et de notre affection?

» Par suite d'une disposition de sa famille, qui a désiré qu'immédiatement après la cérémonie funèbre sa dépouille mortelle fût dirigée vers sa ville natale, j'ai eu le regret de ne pouvoir me faire l'interprète de vos sentiments et de votre douleur en présence d'une tombe deux fois ouverte en si peu de jours; mais je ne saurais me retrouver au milieu de vous, dans cette enceinte, où sa voix a si souvent retenti pour la défense de ce qu'il croyait être vrai et juste, sans vous rappeler les qualités éminentes de son esprit et de son cœur.

» Ne vous semble-t-il pas, Messieurs et chers Collègues, l'entendre encore, soit au sein du Conseil, soit dans nos réunions de Commissions, où il se rendait avec une exactitude scrupuleuse, discutant chaleureusement, mais toujours dans les limites de la plus parfaite convenance, les intérêts parfois très majeurs commis à nos délibérations?

» Parfaitement maître du côté scientifique de la question, il le mettait en lumière avec la plus grande netteté pour éclairer nos décisions. Mais comme il avait un profond sentiment de justice, il se plaisait dans les circonstances graves, à tempérer nos aspirations parfois trop radicales, en nous répétant que si les grands intérêts de

la santé publique étaient confiés à notre vigilance, nous avions aussi dans nos mains la fortune des familles et la prospérité de l'industrie.

» D'une nature ardente, mais essentiellement honnête, notre cher et regrettable collègue Barbet passait sa vie à réveiller chez ses jeunes confrères deux sentiments qui malheureusement de nos jours semblent devenir de plus en plus rares et qu'il possédait au plus haut degré : l'enthousiasme professionnel et la religion du devoir.

» Il fallait être témoin de sa satisfaction, je pourrais presque dire sa joie, lorsque, dans nos inspections pharmaceutiques, il constatait qu'un de ses anciens élèves, et on en compte un grand nombre dans la Gironde, exerçait avec goût sa profession, et qu'il était en voie de prospérité; mais, par contre, avec quelle énergie de parole et de geste, ne cherchait-il pas à convertir ceux qui, par oubli de ses excellents conseils, avaient laissé déchoir, entre leurs mains inhabiles ou négligentes, au rang d'un simple commerce, une science à laquelle il avait voué sa vie entière!

» Je ne vous accompagnerai plus, me disait-il naguère, dans ces » tournées d'inspection où nous avons passé ensemble de si bonnes » heures... N'oubliez pas les traditions de la vieille école; résistez aux » entraînements de la nouvelle! Mais le courant de la pharmacie » industrielle est si fort! J'ai peur que vous soyez débordé! »

» Ces paroles sont la preuve que notre pauvre collègue ne se faisait aucune illusion sur son état. Il attendait depuis longtemps le terme de sa vie avec le calme du philosophe et la résignation du chrétien. Il appela la mort de tous ses vœux le jour où il n'aspira plus qu'à aller rejoindre au Ciel celles qu'il avait aimées sur la terre.

....

» Si je n'avais écouté que la voix de mon cœur, j'aurais désiré que cette place, si dignement occupée, restât longtemps encore vacante, comme pour témoigner de la durée de nos regrets; mais, hélas! dans le monde officiel comme sur le champ de bataille, quand la mort a fait un vide, au nom de la chose publique il faut serrer les rangs! Devenant alors votre interprète, j'ai pensé vous être agréable et faire à la fois un acte de reconnaissance et de justice en appelant la bienveillante attention de l'Administration sur le gendre de notre collègue.

» Je suis heureux de vous apprendre que M. le Préfet, s'empressant de répondre à nos vœux, a nommé M. Martin-Barbet membre du Conseil d'Hygiène et de la Commission d'inspection des Pharmacies de la Gironde. Qu'il nous permette de lui en exprimer ici notre sincère gratitude.

» Quant à vous, mon cher Collègue, qui avez été l'élève et qui êtes

devenu comme le second fils de l'ami que nous venons de perdre, prenez au milieu de nous cette place où tant de fois j'ai fait appel à son dévouement, et où, j'en suis sûr d'avance, je pourrai toujours compter sur le vôtre, car, vous le savez, *noblesse oblige.* »

Séance solennelle de l'Association générale des médecins de France.

Cette séance a été tenue le 30 octobre dernier dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, plus brillante et plus nombreuse encore que les précédentes. Nous devons à nos lecteurs un résumé du compte-rendu pour la partie qui les intéresse le plus. Ils y verront la marche ascendante de l'Association.

Quatre sociétés nouvelles se sont fondées et agrégées à l'Association générale. Ce sont les sociétés départementales du Jura et de la Haute-Garonne; pour le département de la Corrèze, la Société de l'arrondissement de Brives, et pour le département de Seine-et-Marne, la Société de l'arrondissement de Coulommiers.

Ces agrégations portent aujourd'hui à 94 le nombre des sociétés locales, réparties dans 75 départements et deux colonies. Sur ce nombre, 38 sociétés ont vu le chiffre de leurs sociétaires augmenter; il a diminué dans 35, et est resté stationnaire dans 21.

Les augmentations sont de..............	554 sociétaires.
Les diminutions de....................	191 . »

Si l'on défalque de ce dernier chiffre 80 décès, il ressort que le bénéfice ou augmentation des sociétaires est de 443.

En somme, l'Association générale réunit aujourd'hui 6,014 membres.

L'Association possède en ce moment un capital de 337,065 fr. 41 c., représentant un excédant de 62,637 fr. 70 c. sur l'avoir de l'année dernière.

Ce capital se répartit ainsi qu'il suit entre les divers éléments de l'Association :

Caisse générale.........................	66,432 fr.	47 c.
Caisse de pensions viagères d'assistance.....	38,227	50
Société centrale.........................	29,154	17
Sociétés locales.........................	243,251	27
Total..........	377,065 fr.	41 c.

La caisse des pensions viagères a reçu de plusieurs donateurs des sommes importantes, qui s'élèvent à un total de 9,527 fr. 50 c. Les dons faits à cette caisse ont fait baisser le chiffre des dons faits à la caisse générale; on devait s'y attendre : ce dernier chiffre est de 2,000 fr.

Les sociétés locales ont reçu aussi plusieurs dons d'une certaine importance.

En résumé, les dons et les legs faits à l'Association s'élèvent en totalité à la somme de 16,746 fr. 30 c.

Les donateurs sont : S. M. l'Empereur, M[me] veuve H. de Saint-Arnaud; MM. les docteurs Ourgaud, Brun, H. Roger, Gallard, baron Larrey, Rayer, Civiale, Brierre de Boismont, Durand-Fardel, A. Latour, Bossion, Leroy (d'Etiolles), Gros, Cazeneuve, de Pietra-Santa, de la Corbière, Ricord, Teissier (de Lyon), Diday, de Martin (de Narbonne), Seux (de Marseille), Simonin père (de Nancy), Barrier, Cazeneuve (de Lille), Schaeff (du Bas-Rhin), Willeaume (de Metz). Il faut ajouter à ces noms la Société centrale des médecins de France et la Société de chirurgie de Paris.

Des dons faits aux Sociétés, passons aux secours alloués aux sociétaires.

Dans la première année, comme on le sait, conformément aux termes des statuts, il n'a été fait aucune distribution.

Dans la deuxième année, il a été distribué en secours exceptionnels........................	3,374 fr.	65 c.
Dans la troisième, au même titre.............	6,233	75
Dans la quatrième année, la caisse de secours commençant à fonctionner, il est distribué.......	10,391	»
Dans la cinquième année, la caisse étant en plein fonctionnement, il est alloué..................	18,903	»

Voici comment a été répartie cette somme de 18,903 fr. pour l'année qui vient d'expirer :

Par la caisse générale aux Sociétés locales...	1,500 fr.
Par la Société centrale..................	3,700
Par les Sociétés locales..................	13,703

Ce n'est pas seulement par des secours matériels que l'Association a été utile à ses membres, à leurs veuves ou à leurs enfants; elle a plusieurs fois aussi mis son influence morale à leur service. L'année dernière, elle avait déjà un pupille; cette année, elle en a deux.

L'Association est intervenue dans plusieurs circonstances au point

de vue de la protection et de la discipline. Elle a obtenu de plusieurs tribunaux et cours des jugements et arrêts qui consacrent son droit d'intervention contre l'exercice illégal de la médecine, non-seulement au point de vue du dommage matériel, mais encore au point de vue du dommage moral fait à la profession.

La situation financière de la Société centrale se résume par les chiffres suivants :

Solde en caisse le 1er janvier 1864.......	1,645 fr. 72 c.
Sommes encaissées depuis le 1er janvier..	10,422 »
Total...........	12,067 fr. 72 c.
La Société a accordé en secours.........	3,200 fr.
Elle a versé à la caisse de l'Association générale...........................	2,200
Don à la caisse des pensions viagères d'assistance...........................	1,000
Placement à la caisse des dépôts et consignations...........................	3,000
Total...........	9,400 fr.
L'avoir de la Société centrale, au 15 octobre, se compose de :	
Sommes versées à la caisse des dépôts et consignations avant 1864...........	23,800
Sommes versées à ladite caisse en 1864..	3,000
Solde en caisse le 15 octobre 1864.......	2,356 17
Total...........	29,156 fr. 17 c.

La différence sur l'année précédente est, en faveur de 1864, de 4,355 fr. 35 c.

La liste du personnel de la Société, arrêtée le 8 janvier 1864, comprend 642 membres. Depuis cette époque, 35 nouveaux membres ont été admis. Par contre, la Société en a perdu 14, dont 5 par mutation et 9 par décès. Le nombre total des membres de la Société centrale au 30 octobre 1864 s'élève à 703. L'an dernier, à pareille époque, la Société comptait 658 membres ; elle s'est augmentée de 45 adhérents.

Dans sa réunion du 31 octobre, l'assemblée des présidents et délégués a procédé à l'élection des membres du Conseil général, dont le mandat était expiré cette année. Ont été réélus tous les membres sortants, savoir : les quatre vice-présidents, MM. Andral, Cazeneuve,

Cruveilhier et Mabit; secrétaire général, M. A. Latour; vice-secrétaires, MM. Gallard et Léon Gros; conseillers, MM. Bardinet, Bernard (Claude), Bertillon, Bouillaud, Conneau, Denonvilliers, Guérin (Jules), Houzelot, Jeannel, Jobert (de Lamballe), baron Larrey, Laugier, Lévy (Michel), Lhomme, Mêlier, Michon, Ricord, Sanderet, Ségalas, Tardieu, Vassel, Vernois. M. Barth a été élu en remplacement de M. Villermé, décédé. M. Barrier (du Rhône), et M. Seux (des Bouches-du-Rhône), ont été élus en remplacement de deux membres de l'ancien Conseil général.

Une question avait été soumise au Conseil général, qui a jugé qu'il y avait lieu d'en faire l'objet d'un rapport à l'assemblée générale : Y a-t-il opportunité à demander aux pouvoirs publics la révision des lois qui régissent l'exercice de la médecine? — M. A. Latour, chargé de faire ce rapport, a exprimé, au nom du conseil, la pensée qu'il y a opportunité pour l'Association de s'occuper de la révision de la législation médicale, en vue du projet de loi qui paraît être en ce moment à l'étude auprès des pouvoirs publics (le Conseil d'Etat et le Ministère de l'instruction publique). Mais tout en croyant à l'opportunité de s'occuper des questions relatives à la révision de nos lois, dit le rapport, le Conseil général est arrivé à cette conviction que rien de sérieux et d'efficace ne peut être tenté avant que l'étude de ces questions, mise immédiatement à l'ordre du jour de toutes les Sociétés locales, ait produit une résultante de vœux qui puisse être considérée comme l'expression réelle de l'Association.

Le Conseil général, en conséquence, conformément aux conclusions de son rapporteur, invite toutes les sociétés locales à mettre immédiatement à leur ordre du jour l'étude des questions sur lesquelles elles désirent que porte la révision de la loi actuelle; il les invite à lui adresser d'ici au 1er mars prochain les résultats de leurs études et l'expression de leur vœux. Il demande enfin à l'assemblée générale ses pleins pouvoirs pour employer les vœux de l'Association de la manière qu'il croira plus opportune et plus efficace.

Enfin l'assemblée, sur les conclusions de l'excellent rapport de M. Sanderet relatif au projet d'érection d'une statue à Laënnec, a décidé que deux commissions, l'une composée de tous les présidents des sociétés locales, l'autre choisie parmi les membres de la Société centrale, auraient à s'occuper de la réalisation de ce projet.

OBSERVATIONS MÉTÉOROLOGIQUES

DU COURS D'AGRICULTURE DE BORDEAUX.

Octobre 1864.

DATES.	THERMOMÈTRE.		VENT à midi.	ÉTAT DU CIEL.	PLUVIOMÈTRE.
					millim.
1	13°0	23°0	E.	Beau.	
2	14,0	23,0	N.	Beau.	
3	15,0	23,5	E.	Beau.	
4	17,0	21,0	S.	Pluie.	15,5
5	14,0	20,0	S.	Orage, pluie.	13,0
6	15,0	18,0	E.	Couvert.	
7	14,0	18,0	E.	Beau.	
8	12,5	19,0	S.	Beau.	
9	12,0	18,0	S.	Beau.	
10	9,5	15,0	S.	Beau.	
11	7,0	15,0	N.	Beau.	
12	9,0	16,0	N.	Beau.	
13	8,0	13,0	N.	Beau.	
14	10,0	14,5	N.	Beau.	
15	8,0	16,0	N.	Beau.	
16	7,0	15,0	E.	Beau.	
17	6,0	18,0	S.	Beau.	
18	9,0	18,0	S.	Beau.	
19	9,0	19,0	S.	Pluie le soir.	2,4
20	12,0	18,0	N.	Beau.	
21	10,0	17,5	N.	Beau.	
22	12,0	14,5	O.	Pluie.	17,0
23	9,5	16,0	S.	Couvert.	
24	12,0	17,0	O.	Couvert.	
25	12,0	18,0	O.	Pluie la nuit.	1,5
26	11,0	15,5	S.	Pluie.	6,7
27	8,0	14,5	S.	Couvert.	
28	11,0	13,5	S.	Pluie.	8,5
29	10,5	16,0	S.	Nuageux.	
30	11,0	16,0	S.	Beau.	
31	9,0	16,0	S.	Beau.	
	10°8	17°2		Hautr d'eau de pluie.	64,6
				Hautr d'eau évaporée	111,0

Moyenne du mois : 14°0 *Vent dominant à midi :* S.

Aug. Petit-Lafitte.

Bordeaux. — Imp. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

TRAVAUX ORIGINAUX.

HOSPICE DES INCURABLES DE BORDEAUX.

OBSERVATION D'UNE FORME NON CLASSÉE DE LÉSION DE LA PAROLE.

Mutité par paralysie réflexe ou APHTHONGIE;

par le Dr Armand De FLEURY, professeur suppléant à l'École de Médecine, et médecin des hôpitaux de Bordeaux.

I

Exposé des faits.

Ernest (Jean), dit Henry, ancien carreleur, entre à l'hospice des Incurables, le 21 mars 1863, avec la double infirmité de muet et d'épileptique. Il est âgé de trente ans. Ses maladies antérieures se réduisent à des accidents rhumatismaux et à une amygdalite chronique.

Sa constitution est pléthorique; la convexité du thorax fortement accusée, le foie développé, l'épigastre saillant.

Les membres ont des proportions athlétiques. Cou gros, turgescent, fortement vascularisé; tête oblongue, pyriforme, petite dans ses diamètres transverses. Le regard est tout d'abord choqué de l'exiguïté du volume du crâne, eu égard à la puissance du cou et au développement des épaules. Tempérament franchement et énergiquement sanguin. Sclérotique injectée de sang d'une façon permanente; physionomie d'ailleurs intelligente et douce. L'hérédité consultée ne fournit aucunes données.

Au moment où nous l'abordons, Ernest (Jean) tient une ardoise à la main, et répond par écrit aux questions à la

façon des sourds-muets. Mais il a l'ouïe d'une finesse extrême, et écrit avec autant de promptitude que de perspicacité. Il accuse tout d'abord des palpitations, et nous constatons, en effet, une énergie exagérée dans la systole ventriculaire. La respiration n'est point normale; précipitée, elle est pénible à l'inspiration et sibilante à l'expiration. Le malade avale difficilement, se plaint d'un mal de gorge continuel et d'une irritation douloureuse à l'épigastre. Il mange modérément, et prétend ne *plus trouver de goût aux aliments*. Cette absence de sapidité remonterait à quelques mois seulement, à l'époque où il perdit l'usage de la parole. Ernest est constamment constipé. Son sommeil est mauvais, coupé de soubresauts, fatigué de cauchemars. Il se fait manifestement, vers le pôle supérieur du tronc, un travail permanent de congestion sanguine. — Le malade paraissant fatigué, nous renvoyons la suite de cet examen à une autre visite.

Trois jours après, le 26 mars, nous revoyons Ernest. Une heure avant, il avait eu, nous dit la sœur de la salle, une violente attaque d'épilepsie. Prévenu à temps par l'*aura,* il avait pu, selon son habitude, s'attacher à son lit pour ne pas tomber. Ces attaques sont fréquentes, parfois journalières. Les convulsions qui les accompagnent, ainsi que nous l'avons plusieurs fois vérifié depuis, sont toniques plutôt que cloniques; mais la bouche est spumeuse, le pouce fléchi dans la main : c'est bien de l'épilepsie. Ernest est parfaitement revenu à lui quand nous l'interrogeons. Il est d'ailleurs très souffrant, et se plaint d'une violente constriction à la gorge, en même temps que d'une vive douleur à l'épigastre. Le pouls est dur, fréquent, inégal; les battements du cœur sont tumultueux; il y a de l'oppression et une gêne manifeste dans la respiration. Nous procédons à l'examen de l'arrière-bouche. L'amygdale gauche est absente : nous dirons bientôt

comment, à l'hôpital Saint-André, elle a dû être enlevée par l'amygdalotome, par suite d'une asphyxie imminente. La tonsile qui reste, la droite, est très hypertrophiée, vivement congestionnée, d'un rouge violacé. Pas de fausses membranes, ni de dépôts pultacés. La luette est légèrement œdématiée, mais elle n'est pas pendante. En somme, l'isthme du gosier laisse un passage parfaitement suffisant pour que la déglutition, la respiration et l'émission des sons (au cas où le larynx en produirait) puissent se faire. L'élément nerveux a sa bonne part dans les craintes de suffocation du malade, dont l'état spasmodique est d'ailleurs manifeste. Ceci constaté, notre attention se porte sur la lésion principale : impossibilité de *produire* et d'*articuler* des sons. Ernest (Jean) est *aphone :* à peine émet-il quelques sons ou grognements gutturaux étouffés. Il ne possède aucune note de medium ni d'alto; il *siffle* parfaitement. Nous le prions d'essayer l'articulation de simples monosyllabes, tels que *pain, non, vin, oui, sac,* etc. Impossibilité absolue. Alors le malade ouvre la bouche, et nous rend témoin du fait suivant qu'il nous a déjà expliqué sur l'ardoise : à chaque fois que, sous l'incitation expresse de la volition, il essaie d'articuler un mot, sa langue s'applique spasmodiquement sur la voûte palatine, où elle reste fixée tant que dure le *conamen* de la volonté.

D'un autre côté, le malade trouve peu ou point de sapidité aux mets, symptôme qui ne remonte chez lui qu'à trois mois. Il lui est impossible d'articuler un mot à voix basse, aussi faiblement qu'il essaie de s'exprimer. J'en fais l'expérience à l'aide d'un cornet acoustique. Évidemment, ce n'est plus là seulement de l'aphonie, mais une espèce de mutité particulière; et comme le sujet a été successivement atteint d'angine pharyngée et de laryngite avec aphonie, je prie le Dr Segay, mon collègue aux hospices, de constater les faits. Le traitement que nous prescrivons est d'ailleurs simple : Une pilule

de Méglin le matin, de cynoglosse le soir. Gargarismes émollients et légèrement astringents.

Pr.	Eau de pavot.............	500	grammes.
	Borate de soude...........	4	—
	Miel rosat................	35	—

(pour lavements purgatifs et salins, comme moyen dérivatif). — Usage de l'eau de Vichy.

Près de deux mois se passent, sans que notre attention soit spécialement appelée sur le malade. Nous savons seulement que les attaques d'épilepsie sont de plus en plus fréquentes et graves. Les maux de gorge deviennent intolérables; la dyspnée est presque continue; la mort peut être prochaine. Effrayés par ces signes, le 8 mai, nous nous livrons à un troisième examen approfondi du malade. Nous constatons un pouls radial très fréquent et plein; la peau est d'une température exceptionnellement élevée; le choc du cœur repousse la main sur la chemise. D'un autre côté, les yeux sont injectés de sang. L'amygdale qui n'a pas été enlevée, la droite, est considérablement hypertrophiée, et l'irritation phlegmasique est propagée au pharynx. En un mot, tout le pôle supérieur de l'individu déjà si pléthorique est sous l'influence d'un travail de congestion sanguine progressif. Nous jugeons qu'avec des attaques d'épilepsie aussi violentes que celles d'Ernest (Jean), agir énergiquement et immédiatement est un devoir. Et malgré la contre-indication ordinaire des émissions sanguines dans le haut-mal, nous n'hésitons pas à adopter ce dernier moyen. Le soir même, par notre ordre, *douze sangsues* sont appliquées à la gorge, au niveau de l'amygdale droite; en même temps, le gargarisme suivant est prescrit pour être employé d'heure en heure :

Pr.	Eau d'orge...............	350	grammes.
	Perchlorure de fer........	6	—
	Sirop de pavots...........	50	—

Le malade est particulièrement recommandé à la vigilance de la sœur de la salle. A la chute des sangsues, qui soulagent d'ailleurs notablement Ernest, ce dernier éprouve un *mouvement extraordinaire* à la région supérieure et antérieure du larynx. L'expression de *mouvement extraordinaire,* qu'il nous écrit sur l'ardoise, est tout ce qu'il peut nous exprimer de plus explicite.

Trois jours après, le 11, à peine reste-t-il quelques traces du soulagement obtenu; le mal de tête est insupportable, la face vultueuse, les pupilles plus resserrées que d'ordinaire. Je redoute une congestion cérébrale et prescris de nouveau dix sangsues, que cette fois je fais poser *illico* à l'anus. Je revois le sujet le 11 au soir; il est toujours muet. Quoique soulagé, il ne paraît pas qu'il ait encore subi une émission sanguine suffisante. Je veux compléter la dérivation, et fais ajouter cinq sangsues nouvelles, toujours au siége; elles sont appliquées le 12.

Le 13 mai, entre sept et huit heures du matin, Ernest éprouve une violente crise convulsive. Mais à l'encontre de ses crises ordinaires d'épilepsie, où sa face était vultueuse et son corps agité, le malade est extrêmement pâle et comme immobilisé. Dans la même nuit, à la vive surprise des autres infirmes de la salle, il balbutie quelques mots.

Le 14 mai, il parle distinctement pendant quelques heures, puis reperd la parole.

Le 20, délire, constipation. (Application d'un vésicatoire à la nuque, un litre d'eau de sedlitz à prendre dans les vingt-quatre heures, reprise des pilules de Méglin.)

Le 24, accès de fièvre intermittente avec stades de frisson et de chaleur bien dessinés. (60 centigrammes de sulfate de quinine sont incorporés dans une infusion de 120 grammes de valériane.) Dans la nuit, attaque d'épilepsie.

Le 25, nouvelle attaque; la parole paraît revenir.

Le 27, le malade est toujours fort enroué et incomplètement aphone, mais il parle à *voix basse*. Je prescris pour le 28 une quatrième application de sangsues : douze sont posées à l'anus.

Le 29, spasme prolongé pendant trois quarts d'heure, à la suite duquel le malade a recouvré la voix et la parole de la façon la plus complète. La stupeur est générale dans l'hospice. Appelé sur-le-champ, je ne suis pas le moins surpris du résultat.

Le 30, deux attaques d'épilepsie dans la journée, après lesquelles le malade parle toujours parfaitement. Depuis cette époque, 29 mai 1863, jusqu'au jour où nous écrivons ces lignes, 15 septembre 1864, la guérison radicale ne s'est pas démentie un instant. Nous la faisons constater par le Dr Segay, qui avait été témoin de la mutité. Aujourd'hui, l'épilepsie persiste toujours; la respiration est oppressée comme dans l'asthme essentiel, mais l'ancien muet est chantre à la chapelle des Incurables.

Une série de faits aussi remarquablement étranges commandait des recherches sur les antécédents du malade. Nous savions qu'Ernest (Jean) avait passé plusieurs fois dans divers services de l'hôpital Saint-André avant d'entrer aux Incurables. Nous avons en main les Observations prises par deux élèves touchant notre sujet. Voici, en substance, ce que ces notes, d'ailleurs fort incomplètes, renferment d'intéressant :

Ernest (Jean) vint une première fois à l'hôpital Saint-André, salle 14, dans le service de M. Levieux, en juillet 1860. Alors gardien de fruits au marché, il était entré pour une angine tonsillaire. On ne le garda que huit jours. Nous le voyons se représenter neuf mois après, en août 1861, salle 16, pour une laryngite compliquée d'angine tonsillaire et pharyngée. Dans l'intervalle de ces neuf mois, il avait été

placé en apprentissage chez un carreleur, où il éprouva une sorte de syncope tout à fait semblable, d'après le récit qu'il m'en a fait, à ces accidents que M. Trousseau appelle *étonnement cérébral.* Ce fait nous paraît très important à noter, le malade étant devenu épileptique seulement après l'amygdalotomie, et cette syncope étant le seul signe antérieur que l'on puisse retrouver comme prodrome de ses attaques d'épilepsie.

Quinze jours à peine s'écoulent, et l'on congédie de nouveau Ernest (Jean), lequel se représente une troisième fois à la salle 16, toujours pour le même mal, aggravé de violentes palpitations de cœur et de grande céphalalgie. C'est ainsi que jusqu'au 20 avril 1862, le malade entre et sort de l'hôpital de quinzaine en quinzaine. Le 20 avril 1862, jour de Pâques, l'hypertrophie tonsillaire menaçant d'asphyxie, Ernest (Jean) est opéré, selon toutes les règles de l'art, de l'amygdale gauche. Jusqu'à cette époque, le malade avait été incomplètement aphone. Quinze jours après l'opération, l'aphonie devient entière, et des accidents d'une autre nature, mais bien plus graves, ne tardent pas à survenir. Je copie textuellement les notes qui me sont remises :

14 mai 1862. Céphalée; faiblesse de la vue, surtout le matin au réveil; rougeur de la muqueuse pharyngienne, gêne dans la déglutition, voix éteinte et sifflante. (Sangsues à l'anus.)

15 et 16. Même état.

17. Phénomènes de congestion à la tête, battements violents aux carotides. *(Bains sinapisés.)*

18. Voix un peu plus libre.

21. Le malade éprouve de fortes secousses à la région occipitale. Réveillé en sursaut pendant la nuit, on a observé que sa tête était le siége d'un mouvemeut involontaire d'oscillation de droite à gauche Tremblements dans les

membres supérieurs; inspirations profondes et anhélantes, voies digestives et pulmonaires normales. (Huile de ricin, 25 grammes; poudre de digitale, 0,05.)

Du 22 au 31 mai, même état. On signe l'exéat du malade, qui vomit la digitale.

Le 14 juin 1864, le malade rentre à l'hôpital avec une aphonie complète. La région précordiale est le siége de battements si violents, qu'ils communiquent à tout le tronc un ébranlement visible à l'œil nu. La tête est congestionnée, les yeux saillants et larmoyants. Bruissement continuel aux oreilles. Pharynx rouge et granuleux. Déglutition très difficile.

15 juin. Délire, fièvre intense. (Une saignée de 300 grammes.) Soubresauts dans l'avant-bras. (Potion avec digitale, belladone et musc.)

16. Mêmes symptômes, plus surdité.

17 et 18. Apyrexie. D'ailleurs, continuation de la perte de la voix. Le larynx n'est pas douloureux à la pression. Mouvements convulsifs, troubles de la vision.

19. A midi, fièvre, soubresauts, convulsions, délire. *Pulsations énergiques répondant douloureusement à la tête, au niveau des oreilles*. Sensation de gargouillement pendant la déglutition, de plus en plus pénible. Accès fébrile intermittent. (Sulfate de quinine, 0,70.)

30. Sortie de l'hôpital dans l'état suivant : Perte absolue de la voix et *de la parole,* attaques d'épilepsie journalières. Le malade est consigné *comme incurable*.

II

Discussion des faits.

L'*Observation* qui précède rencontre peu d'analogues dans les annales cliniques; par cela seul, elle méritait d'être recueillie. Le fait d'un sujet devenu simultanément épileptique

et muet, qui, après une année de mutité complète, recouvre le libre usage de la parole, sans autre intervention qu'un traitement antiphlogistique, commande l'attention et présente de l'intérêt. Cet intérêt s'accroît singulièrement quand on constate que cette double perte de la production des sons ou de la *phonation* d'une part, et de l'articulation des mots ou de la *parole* d'autre part, reste distincte d'une de ces grandes névroses qui peuvent engendrer l'aphonie et simuler la mutité : nous voulons parler de l'épilepsie et de l'hystérie. En effet, notre malade, qui a recouvré la parole depuis plus de dix mois, est toujours épileptique. Quant à l'hystérie, nous ne sommes pas éloigné de reconnaître, avec Briquet et d'éminents auteurs, que cette maladie peut très exceptionnellement atteindre le sexe masculin; mais Ernest (Jean), sanguin et pléthorique, est l'antithèse vivante de ces pâles jeunes gens, nerveux et chloro-anémiques, sur lesquels sévissent parfois des accidents vraiment hystériques.

Un examen superficiel donnerait tout d'abord le change pour une simple aphonie; et, assurément, il reste bien clair, pour quiconque a lu cette *Observation,* qu'une aphonie incomplète a précédé la mutité chez Ernest (Jean). Nous le voyons entrer et sortir de l'hôpital Saint-André jusqu'à huit fois dans deux années, constamment pour des maux de gorge et de l'enrouement. Les diagnostics successifs portés à l'hôpital, à mesure que la maladie se compliquait, sont ceux d'*angine pharyngée, amygdalite, aphonie* et *épilepsie.* La privation de la faculté d'articuler les mots, ayant été la dernière manifestation morbide produite à Saint-André, n'est point dénommée dans les notes qui nous ont été remises; mais on y trouve la consignation de certains symptômes qui dépassent évidemment l'aphonie, et expliquent comment, selon l'affirmation du malade, Ernest (Jean) fut renvoyé de l'hôpital, non plus seulement aphone, mais déjà épileptique

et muet. C'est ainsi que nous y voyons relevées, dès le mois d'avril 1862, des *céphalées violentes avec mouvements de congestion sanguine dans l'encéphale.*

A la date du 21 mai, *difficulté dans la déglutition; douleurs térébrantes dans le crâne, principalement dans la région occipitale; fortes secousses qui réveillent le malade en sursaut.* Dès-lors, est-il dit dans l'Observation, Ernest (Jean), — qui n'était pas encore épileptique, — sentait de *violentes poussées dans la tête, se traduisant par des mouvements d'oscillations sensibles de droite à gauche et vice versâ,* tous phénomènes postérieurs à l'amygdalotomie subie par le malade. Le 14 juin, nous voyons relevée une plus grande gêne dans la *déglutition, avec douleurs à la région œsophagienne;* le 16, *bourdonnements d'oreille persistants et légère surdité;* le 17, secousses dans la tête, isochrones aux battements de l'artère radiale, et enfin *troubles dans la vision.*

Ainsi, l'amygdalite, première affection, et affection que l'opération même n'a pas guérie chez le malade, devient cependant secondaire dans son état. Les accidents qui se succèdent et se pressent, en réagissant du côté de l'encéphale, appellent tous l'attention vers le cerveau. Il y a de la stupeur, de la surdité, des troubles de la vue; il est facile de prévoir que bientôt ce ne sera plus le larynx, instrument des sons, mais l'encéphale même qui sera malade. Bien évidemment la difficulté d'avaler (qu'on ne peut plus attribuer à un rétrécissement de l'isthme du gosier, puisque l'ablation d'une amygdale laisse un passage suffisant), cette difficulté, disons-nous, tient à un spasme du pharynx, annonçant une généralisation des accidents nerveux; elle indique une lésion indépendante de la phonation. Ces faits sont d'ailleurs facilement expliqués, si l'on se rappelle que le pharynx, dont l'action physiologique est ici gênée, se contracte sous la

dépendance exclusive et directe des nerfs cérébraux (filets de la cinquième paire, du glosso-pharyngien et du grand hypoglosse). Les secousses térébrantes dans l'intérieur de la masse encéphalique, la vultuosité permanente de la face, les palpitations tumultueuses du cœur, enfin la douleur intense à la nuque, tout appelle l'attention du praticien du côté du bulbe et de la protubérance. Tous ces prodromes existaient dès le séjour à l'hôpital Saint-André. Quand le malade en est renvoyé pour entrer dans nos mains à l'hospice des Incurables, il est déjà *muet,* non plus seulement *aphone*, et ce sont des expériences personnelles qui nous en convainquent.

Son aphonie est, il est vrai, à peu de chose près, complète; cependant, il peut émettre parfois des sons rauques; mais il lui est absolument impossible, non seulement d'articuler à voix basse le moindre mot, mais de faire même la *mimique* du langage articulé. Ainsi que nous l'avons noté dans le cours de l'*Observation,* la langue se fixe spasmodiquement, comme dans une convulsion tonique, à la voûte palatine, aussitôt qu'Ernest veut associer deux syllabes pour rendre une idée. C'est bien là de la mutité, et non plus de l'aphonie. Un sujet qui serait seulement *aphone,* n'étant privé que de la faculté de produire des sons, pourrait parler à voix basse, c'est-à-dire articuler des syllabes sans phonation; dans le vide; et remarquez qu'en dehors de la volonté de parler, Ernest accomplit avec la langue et les muscles orbiculaires des lèvres des mouvements très variés. Ce sont ces phénomènes singuliers qui nous engagèrent, alors que nous étions loin de penser que notre muet pût jamais guérir, à faire constater l'état d'Ernest par notre collègue le Dr Segay, chirurgien au même hospice des Incurables.

Ainsi, l'affection morbide devant laquelle nou nous trouvons est bien définie. Nous avons affaire à un homme

jeune, atteint d'abord d'angine, puis d'aphonie, puis de congestion encéphalique, puis d'épilepsie et de mutité. Cette mutité est convulsive; l'on pourrait peut-être dès-lors ne voir en elle qu'un accident de l'épilepsie, et comme il y a des aphonies hystériques, reconnaître une aphonie épileptique; mais à coup-sûr, ces deux lésions, quelque soit leur rapport de causalité, sont ici distinctes, puisque le malade n'est plus ni aphone ni muet depuis un an, tandis qu'il est toujours épileptique. Nous devons observer toutefois qu'une corrélation frappante existe entre la mutité et l'épilepsie chez notre sujet. Ces deux affections ont apparu simultanément. L'épilepsie, il est vrai, persiste après le recouvrement définitif de la parole; mais les attaques, qui sont moins violentes, sont aussi moins fréquentes.

Peut-on retrouver dans cette maladie l'analogue de la *glosso-plégie* de Romberg, si magistralement décrite par M. Trousseau, dans de récentes cliniques, sous le nom de *Paralysie glosso-labio-pharyngée?* Pour qui a lu les Observations de glosso-plégie, et se pénètre de celle-ci, le rapprochement n'est même pas possible. Et cependant, dans l'un et l'autre cas, la déglutition est gênée, et la langue immobilisée sous l'incitation de la volonté de parler.

Mais, pour une apparente analogie, que d'oppositions profondes! Notre sujet est jeune, athlétique, d'une sensibilité organique considéralement hypéresthésiée; il devient épileptique, perd la voix d'abord, plus tard la parole articulée, reste un an muet; puis tout à coup, sous l'action de trois saignées locales énergiques, recouvre d'*emblée* la faculté de parler à haute et intelligible voix, tout en restant épileptique.

Que dit M. Trousseau de ses glosso-plégiés, la plupart âgés et tous débilités? Guérissent-ils comme notre malade? Il appelle cette affection « *une maladie inexorable, qui tue toujours et qui tue promptement.* » Dans l'espèce, décrite par

l'illustre professeur, l'orbiculaire des lèvres est toujours paralysé, ainsi que la langue, à des degrés divers. Chez notre malade, tous ces muscles sont libres : il *siffle, fume à volonté, présente et retire la langue quand on le lui demande;* ce n'est qu'un spasme, une sorte de convulsion tonique, qui l'immobilise quand il veut parler. Qu'il y a loin de cette névrose paralytique à la paralysie apoplectique, qui est toujours celle des glosso-plégiés !

Chez Ernest (Jean), les troubles de la sensibilité générale et spéciale sont grands. Le caractère est irritable à l'excès; il y a palpitations de cœur continuelles, bourdonnements d'oreille et semi-surdité, excitation maladive de la vue, enfin *abolition partielle de la gustation*. Tous les sens sont malades; le pharynx est douloureux, l'épigastre également. Par contre, écoutons ce que dit M. Trousseau de la paralysie labio-glosso-pharyngée (3e Leçon de clinique) : « Ce qu'il y a de » plus frappant dans cette maladie, ce sont de grands troubles » dans la motilité *et une absence complète de troubles dans » la sensibilité :* du côté des sens, rien! du côté de la » sensibilité, rien! La sensibilité des lèvres, de la langue, du » pharynx, est intacte... La *tactilité buccale est très délicate,* » tout se passe donc du côté des organes locomoteurs, et rien » du côté de la sensibilité générale et spéciale. »

Si nous passons de la pathologie à l'anatomie pathologique, nous constatons que, dans la paralysie glosso-labio-pharyngée, les nerfs lésés sont le grand hypoglosse et le spinal. Or, chez notre malade, le point de départ de tous les accidents est un hypertrophie congestive des amygdales et de la région pharyngienne.

Telle est la persistance de cet état congestif, que l'amygdalotomie qui préserve le sujet de l'asphyxie, ne conjure en rien l'irritation localisée. Le malade n'était qu'enroué avant l'opération, après il devient aphone, puis muet. Si mainte-

nant l'on se rappelle que le petit plexus nerveux, qui se développe en faisceau autour des tonsilles et leur envoie nombre de rameaux propres, est fourni par les nerfs lingual et glosso-pharyngien, les déductions qu'on est amené à en tirer prennent une grande importance au point de vue du diagnostic différentiel. Le lingual appartient à la cinquième paire crânienne; il est la continuation du nerf maxillaire inférieur, lequel sert, d'après M. Claude Bernard, à des usages mixtes de mouvement et de sentiment. De même, le glosso-pharyngien n'est pas seulement moteur, il préside à la sensibilité tactile et gustative de la langue, des membranes muqueuses tympanique, *tonsillaire* et palatine. Il est donc impossible de pratiquer l'ablation d'une amygdale hypertrophiée sans léser, au moins indirectement, le nerf le plus important de la sensibilité gustative, le glosso-pharyngien.

Quelles sont, au contraire, les fonctions physiologiques de l'hypoglosse et du spinal que M. Trousseau démontre être lésés dans la paralysie glosso-labio-pharyngée? Le grand hypoglosse est spécialement moteur. S'il a quelque sensibilité propre, elle lui est communiquée par des filets des nerfs sensibles, et par la sensibilité récurrente qu'il possède, comme tous les nerfs moteurs; mais lorsqu'on pratique la section du grand hypoglosse, on paralyse immédiatement la motilité de la langue; donc, le grand hypoglosse est essentiellement un nerf de mouvement. Les propriétés du spinal sont également celles des nerfs moteurs en général, comme le prouve M. Claude Bernard. Ces considérations physiologiques trouvent leur application directe aux deux espèces morbides que j'oppose ici. Elles établissent péremptoirement que la maladie d'Ernest (Jean) a pour point de départ une névrose de la sensibilité, tandis que les mutités par paralysie labio-glosso-pharyngée sont sous la dépendance de lésions de la motilité.

Notre malade n'est ni un aphone ni un muet par glossoplégie; encore moins pourrait-on voir dans son état la stupeur apoplectique passagère des hémorrhagies cérébrales ou la paralysie faciale des hémiplégiés. Avons-nous donc affaire à une *aphasie, alalie* ou *aphémie?* (Peu m'importe, pour le moment, le choix du mot.) Assurément, dans l'état actuel de la science, le sens pathologique de ces mots : *aphasie, alalie, aphémie,* n'est pas irrévocablement fixé. On observe surtout une grande confusion dans les espèces morbides que l'on tente de réunir sous une même dénomination. Joseph Franc réduit l'application du mot *alalie* à trois espèces de mutismes : alalie par vices dans les instruments de la voix, alalie par faiblesse de l'intelligence, et alalie par surdité. Si remarquable que soit cette division, eu égard à l'époque où elle a été faite, elle laisse de côté la forme de mutisme la plus importante : celle dans laquelle la langue, l'orbiculaire des lèvres, le pharynx et le larynx sont intacts, l'intelligence vive, la surdité nulle, sans que cependant le sujet puisse articuler deux syllabes de suite. Le professeur Lordat n'insiste guère que sur une forme d'ailleurs bien importante : l'alalie par amnésie verbale. M. Trousseau, plus complet, distingue l'aphasie ou alalie de la paralysie faciale et de la paralysie labio-glosso-pharyngée; mais il n'entre pas dans la classification des différents modes d'alalie ou aphasie essentielle. M. Jaccoud, enfin, sur les idées duquel nous allons avoir à revenir, bannit comme vaines et pédagogiques les dénominations multiples; et n'admettant d'autre terme spécifique que celui d'alalie, il en distingue cinq sortes, selon que cet état reconnaît pour cause l'*hébétude,* l'*amnésie verbale,* l'*interruption de la transmission volontaire,* un *défaut de coordination dans le centre moteur* ou la *paralysie de la langue.* Mais si divergents que soient ces avis, le mot d'*aphasie* ou *alalie* possède aujourd'hui un sens clinique

déterminé. On le réserve, à l'exclusion de tout autre, pour désigner cette mutité rare, toujours acquise, absolument indépendante de la surdité, dans laquelle un sujet, en possession du moi psychologique, de la phonation, et non frappé de paralysie labio-glosso-pharyngée, est dans l'impuissance d'exprimer verbalement une idée par les mots qui la traduisent. La stupeur apoplectique, la paralysie faciale et la mutité par crétinisme s'excluent naturellement de cette catégorie de faits pathologiques. Il n'est pas besoin d'insister beaucoup pour prouver que la forme de mutité que nous décrivons ici s'en distingue également.

Ernest (Jean) n'est pas muet par surdité; il a toujours eu l'ouïe parfaite, et il entendait mieux que jamais pendant sa mutité. N'ayant pas eu d'hémorrhagie cérébrale, n'étant ni hémiplégié, ni paraplégié, on ne saurait ici admettre un instant la mutité par stupeur apoplectique ou paralysie faciale; il n'a jamais salivé; il distend et remue librement les joues. Nous avons déjà constaté que l'orbiculaire des lèvres et la langue se prêtent aux mouvements les plus variés, la langue s'immobilisant seulement quand il veut articuler des mots; il n'y a donc pas de glosso-plégie. De même avons-nous démontré que l'aphonie ne saurait suffire à expliquer son état. L'aphone essentiel n'émet pas de sons, mais il exécute, par la langue et les lèvres, les mouvements nécessaires pour prononcer des mots. C'est ce mécanisme d'articulation qui fait défaut chez Ernest (Jean). Pourquoi donc ne peut-il parler? Il n'y a point lésion de l'intellect proprement dit, ou de la compréhension des idées, puisqu'il saisit immédiatement le sens et la portée de toute question, y répond par écrit, et calcule avec une promptitude et une justesse remarquables. Ce n'est pas de l'amnésie verbale, puisqu'il trouve immédiament le mot pour couvrir l'idée, et le transcrit aussitôt sur l'ardoise. S'il ne parle pas, c'est donc uniquement parce que

l'impulsion ne peut être efficacement donnée à la motilité de la langue. Mais tous les symptômes pathologiques se rapportent à une lésion des nerfs de la sensibilité, non de la motilité du glosso-pharyngien, non du grand hypoglosse. Comment expliquer ces phénomènes?

Nous ne voulons point ici adapter forcément des faits à une théorie préconçue. Le supplice du lit de Procuste [1] répugne aux progrès de la médecine, plus encore qu'à toute autre branche des sciences. Ne demandons donc qu'aux faits l'explication des choses, mais cherchons cette explication.

Ernest (Jean) est jeune, vigoureux, robuste, tout à la fois très sanguin et très nerveux. Il souffre d'une façon permanente de la gorge; ses amygdales sont hypertrophiées à l'état chronique. Il a des palpitations de cœur violentes, une aphonie à peu de chose près complète. Son état oblige à lui enlever une amygdale. Quelque temps après, les congestions du côté de l'encéphale deviennent plus fréquentes, l'épilepsie éclate, la parole est supprimée, le malade est renvoyé comme incurable. Ce qui domine, on le voit, dans cette complication de symptômes, ce sont bien plus des lésions de la sensibilité organique que de la motilité. Il n'y a pas là véritablement paralysie apoplectique, mais seulement immobilisation de la langue par spasme ou convulsion tonique. Le glosso-pharyngien et le lingual sont lésés dans leur fonction. Quant aux troubles incontestables qui ont leur siége au larynx et à la région précordiale, ce sont encore des nerfs de la huitième paire, des rameaux du pneumo-gastrique, qui en donnent raison (laryngé supérieur, laryngé inférieur, filets cardiaques). Or, si, d'une manière générale, le pneumo-gastrique distribue le mouvement comme le sentiment, la physiologie expérimentale reconnaît que le laryngé supérieur donne

[1] L'usage tolère Procuste; le véritable mot est Procruste.

surtout la sensibilité au larynx. D'autre part, on ne doit pas oublier que dans la région crânienne le pneumo-gastrique présente des anastomoses avec le glosso-pharyngien, nerf éminemment de sensibilité, et dont les fonctions sont essentiellement lésées dans notre Observation.

L'état général du malade, avec spasmes constants, palpitations de cœur permanentes, douleur continue aux régions pharyngienne et pré-laryngée, apparaît donc évidemment comme une névrose de la sensibilité. Mais comment une névrose de la sensibilité peut-elle entraîner une lésion de la motilité? Comment une congestion sanguine chronique des amygdales et du pharynx devient-elle le point de départ d'une contracture spasmodique équivalant à la paralysie et sous la dépendance évidente de troubles nerveux?

Jusqu'à ces dernières années, l'hypothèse vague eût pu seule répondre à ces questions : les progrès de la physiologie contemporaine sont tels, qu'elles ne semblent plus insolubles aujourd'hui. La découverte des nerfs vaso-moteurs, entrevue dès 1852 par Claude Bernard, et la théorie des paralysies réflexes construite par Brown-Séquard sur cette découverte, nous donnent la clef de ces phénomènes pathologiques dont la succession paraît si bizarre. Les belles Leçons de M. le professeur Ch. Rouget à la Faculté de Montpellier; le Mémoire couronné par l'Académie des Sciences sur les névroses vaso-motrices, de M. Cohen, et la Thèse récente de M. de Pontevès, résument l'état de la science à ce sujet, nous sortent de l'utopie, et nous promettent de fournir une explication normale à deux faits autrement inexplicables.

Le premier de ces faits est la permanence d'un état d'irritation congestive s'étendant de la voûte palatine à la base du pharynx, et résistant pendant deux années à tout traitement approprié. Cet état se caractérise principalement par une hypertrophie chronique des amygdales et une

rougeur avec turgescence, douleur et contractions spasmodiques, s'étendant de la base de la langue à l'épiglotte. L'inflammation franche, si même elle existe, n'est ici que secondaire. L'exsudation de lymphe plastique ou d'oxyprotènie, qui, selon Mulder, en est le caractère, n'est pas constatée. D'un autre côté, on est contraint d'exclure des causes de l'état pathologique qui nous occupe l'action des milieux, tels que le froid et l'humidité; une angine, contractée sous ces influences, ne résisterait pas vingt-huit mois à toute espèce de traitement. La diathèse syphilitique et ses accidents secondaires, les angines et adénites liées à l'état strumeux des sujets lymphatiques, sont également contredites par la constitution et le tempérament du sujet. Qui peut donc produire cette fluxion sanguine parmanente dans les amygdales et au pharynx? Quel est l'agent de stimulation qui congestionne les tonsilles et la muqueuse pharyngienne? Les amygdales sont, on le sait, richement hématosées; elles reçoivent notamment des rameaux artériels considérables, eu égard à leur volume. Or, l'état actuel de la science nous apprend que les vaisseaux sanguins sont pourvus d'un ordre de nerfs spéciaux, lesquels ont pour propriété d'élargir ou faire contracter ces vaisseaux : ce sont les nerfs vaso-moteurs. Chez un sujet aussi névrosique qu'Ernest (Jean), si névrosique qu'il doit devenir épileptique sans hérédité, sans émotion morale violente, par le seul progrès d'une hypéresthésie idiosyncrasique, chez un tel sujet, disons-nous, la chaleur exceptionnelle et constante de la peau, les battements tumultueux du cœur et la fréquence continue du pouls; la vultuosité de la face, la turgescence du cou, tout s'explique par une excitation idiopathique des nerfs vaso-moteurs, et rien ne s'explique autrement. Avec ce premier fondement, les phénomènes se succèdent et s'engendrent naturellement. La dilatation des vaisseaux sanguins, sous l'incitation nerveuse

calorifique (Cl. Bernard), amène la congestion des amygdales. Cette congestion comprime les tissus, entraîne l'inflammation, qui se propage par contiguïté; dès-lors, rougeurs, turgescence, douleur, suffocation, spasmes, ne sont que des effets seconds.

Le deuxième fait, inexplicable *à priori,* est une lésion de la motilité de la langue, comme conséquence d'une névrose de la sensibilité. La langue n'est pas absolument et constamment paralysée, puisque le malade effectue avec elle plusieurs mouvements volontaires; mais elle est immobilisée aussitôt que le sujet tente les mouvements nécessaires pour exprimer une idée par la parole articulée : et cependant, nous l'avons établi, ce sont le glosso-pharyngien et le lingual, nerfs principalement sensitifs, qui sont primitivement affectés. Comment, d'un autre côté, un état de congestion sanguine, une hypertrophie des amygdales, peuvent-ils engendrer une telle névrose! Autrefois, on eût répondu à cette question par les mots vagues de *sympathie,* de *force vitale,* explication qui n'explique pas. Aujourd'hui, la réponse à ces questions se présente dans la théorie des effets réflexes. L'état de congestion sanguine est, avons-nous dit, le résultat d'une névrose des nerfs vaso-moteurs; cette congestion permanente entraîne de la compression, de la turgescence, du spasme, d'où l'impression transmise par les nerfs sensitifs au bulbe et à l'encéphale, et produisant le phénomène douleur aussitôt que l'impression est devenue sensation. « De cette impression naît une incitation immédiatement RÉFLÉCHIE sur les nerfs moteurs. » (Bourgery, t. III, p. 102.) Or, le glosso-pharyngien et l'hypoglosse, l'un sensitif, l'autre moteur de la langue, prennent tous les deux naissance sur les côtés de la moelle allongée. Il suffit donc que le premier transmette la sensation douloureuse à la moelle, pour que le second la réfléchisse en lésion de motilité sur la langue.

Voilà, pensons-nous, une explication satisfaisante de l'étrange forme de mutité qui fait l'objet de ce Mémoire. Mais nous trouvons encore une double confirmation de notre théorie dans la succession des accidents pathologiques de notre sujet, et dans les résultats finalement heureux du traitement suivi. En effet, tant qu'il y a simple hypertrophie congestive des amygdales, les accidents nerveux se bornent à du spasme, de la laryngite, une aphonie très incomplète. Voilà qu'on juge l'ablation d'une des amygdales nécessaire. En pratiquant cette opération, on accroît naturellement le *nervosisme* du malade, puisqu'on dilacère les filets nerveux que le lingual et le glosso-pharyngien distribuent aux tonsilles, et c'est seulement après cette opération que l'aphonie se change en mutité, l'état spasmodique en épilepsie formidable. On ne veut plus du malade à l'hôpital, et il nous est renvoyé comme infirme à tout jamais à l'hospice des Incurables. Il y a donc eu incontestablement réaction sur la moelle allongée et sur l'encéphale; à moins qu'on veuille placer ailleurs le siége de l'épilepsie. Le traitement couronné de succès à l'hospice des Incurables, nous fournit encore un argument. Ce ne sont pas les saignées générales, ni même les applications de sangsues aux amygdales, qui provoquent la crise salutaire; cette crise ne survient qu'après trois applications consécutives de sangsues à l'anus; c'est par une dérivation faite sur la moelle et l'encéphale, par l'appel du sang au pôle opposé du corps, que le malade est guéri. Ces preuves accumulées ne nous autorisent-elles pas à conclure que notre muet, qui parle depuis un an, mais qui est épileptique, quoique avec des attaques bien moins violentes et beaucoup plus rares, avait perdu la voix d'abord et la parole articulée ensuite, par suite d'une action nerveuse réflexe, ayant pour point de départ une excitation des nerfs vaso-moteurs?

Et maintenant, quelle dénomination donner à cette névrose de la sensibilité qui, par effet réfléchi de la moelle allongée sur les moteurs de la langue, en paralyse l'action pendant une année? Mais d'abord une Observation isolée, alors même qu'elle est complète et originale, autorise-t-elle à une désignation nouvelle? Nous reconnaîtrons volontiers avec M. Jaccoud qu'il faut éviter, en ce sujet comme en tout autre, « une prodigalité terminologique inutile. » Il importe cependant que des états nettement décrits soient nettement désignés, même lorsqu'ils sont recueillis isolément; car s'il est exact que l'on n'a jamais observé deux malades mathématiquement identiques, il est aussi d'expérience qu'il n'y a pas dans la nature de faits pathologiques uniques, absolument isolés. Décrivez-les aujourd'hui pour la première fois, et l'attention des observateurs, tout aussitôt éveillée sur ce point, vous apportera bientôt un second, puis un troisième fait de la même famille. Tel est le motif qui nous a décidé à tenter d'ériger en entité morbide une forme de mutité que son mode de développement comme son mode de guérison rendent également remarquable. Les faits scrupuleusement rapportés et les déductions tirées selon les règles de la logique, nous avons trouvé à la synthèse de ces faits une physionomie propre, et nous lui avons cherché un nom selon les usages de l'étymologie. Nous prouverons facilement que ce n'est pas par caprice d'innover, mais bien faute de pouvoir la caser dans les cadres reconnus, que nous avons baptisé notre maladie.

Parmi les travaux récents écrits sur les lésions de fonction de la parole, l'un, le plus philosophique, le plus érudit et le plus originalement complet, est certainement celui de notre savant confrère, le Dr Jaccoud. Prenant pour base de sa division la structure anatomique de l'appareil nerveux moteur du langage articulé, et relevant, d'après Stilling et

Schröder Vanderkolk, les rapports que présentent entre eux et avec les autres parties de l'encéphale les noyaux originels de ces divers nerfs, M. Jaccoud s'est guidé sur les propriétés physiologiques de ces régions pour fournir des diverses formes de mutité une remarquable classification.

Disons tout d'abord pourquoi le meilleur vouloir ne nous permet pas de classer cette forme de mutité dans l'une des cinq catégories de notre savant confrère. Sa première série renferme les faits d'*alalie par paralysie de la langue*. C'est certainement dans cet ordre plus que dans tout autre que pourrait rentrer notre Observation. Mais peut-on dire que la langue fût paralysée chez un sujet qui la déplaçait à volonté pour tout autre acte que pour celui de parler? La seconde est l'*alalie par défaut de coordination dans le centre moteur*. Mais Ernest (Jean), non-seulement ne relie pas entre eux les mouvements isolés dont la coordination susciterait l'articulation des mots, mais il n'articule même pas un monosyllabe, pas plus qu'il n'émet un son. Nous devons exclure de la même façon l'*alalie par interruption de la transmission volontaire*, troisième forme de M. Jaccoud. Ici, en effet, la volonté de parler est bien transmise jusqu'à l'appareil musculaire, puisque nous voyons cette langue convulsivement ébranlée, mais spasmodiquement retenue à la voûte du palais quand le malade s'efforce de parler. Supposerons-nous le quatrième mode, ou alalie par *amnésie verbale?* La preuve que ce n'est pas la mémoire du mot propre qui fait ici défaut, c'est que le sujet le trouve toujours sans coup-férir dans ses conversations écrites sur l'ardoise. Il n'y a pas davantage *alalie par hébétude* (c'est le cinquième type de la classification que nous critiquons). Force nous est donc de faire, en dehors de ce système, une place aux faits que nous relatons dans cette étude.

Le point de départ de notre maladie est une angine

tonsillaire et pharyngée, avec névrose marquée de la sensibilité. Cette névrose se complique d'une aphonie partielle et d'une perte également partielle de la sapidité des aliments. Sous l'influence d'une opération devenue nécessaire, tous ces troubles nerveux augmentent; il y a réaction vers l'encéphale; la nuit, la tête est le siége d'oscillations involontaires de droite à gauche et *vice-versâ.* Bref, l'épilepsie éclate, l'aphonie devient complète, et la langue se refuse aux mouvements d'articulation des mots. Tous ces accidents de la sensibilité organique aboutissent à une lésion particulière de la motilité. Impossible de placer le siége de ce trouble fonctionnel ailleurs que dans la moelle allongée, et d'y voir autre chose qu'une de ces paralysies par action réflexe de Brown-Séquard, dont le point de départ est dans le bulbe rachidien, c'est-à-dire dans cette même moelle allongée. Ici, la physiologie et la pathologie se réunissent pour confirmer cette opinion, que nous avons d'ailleurs rigoureusement déduite des faits. En effet, l'épilepsie éclate en même temps que la mutité, qui semble n'être ici qu'un de ses accidents; or, en irritant le bulbe rachidien, siége supposé de notre affection morbide, les physiologistes vivisecteurs peuvent produire à volonté l'épilepsie sur certains mammifères. Secondement, la langue obéit parfaitement à la volonté pour accomplir des mouvements indépendants de l'articulation des mots chez Ernest (Jean). Mais cette volonté ne commande en rien aussitôt qu'il s'agit de prononcer : preuve que c'est bien par effet réflexe que la motilité de la langue a été lésée, puisqu'il est acquis aujourd'hui à la science que les mouvements réflexes, et par conséquent les lésions ou troubles de ces mouvements, sont *sans conscience,* indépendants de la volition.

Il nous faut donc dénommer une mutité compliquée d'aphonie essentiellement nerveuse, et produit d'un phéno-

mène réflexe. Le mot général de *mutisme* n'exprime rien de l'état spécial que nous voulons définir; les mots spéciaux d'*alalie, aphasie, glosso-plégie,* disent autre chose que ce que nous voulons dire. Assurément, s'il est possible de composer, selon les règles de l'étymologie, un mot qui exprime exactement un état aussi particulier, à moins que ce mot soit d'une prononciation impossible, nous nous croyons légitimement autorisé à le faire.

Eh bien! ce mot existe, très explicite, en grec; dans cette langue, qui est la mère de notre dictionnaire médical, comme son pays est la patrie du père de la médecine. Le verbe φθεγγομαί signifie à la fois parler dans le sens d'articuler des mots, et parler dans le sens de produire des sons, de pousser des cris. Démosthènes dit Μεγα φθεγγομαί pour signifier : je m'exprime avec hauteur. Les soldats qui poussent des cris en allant au combat, d'après les poètes, φθεγγουνται. Un homme que la terreur rend subitement muet est un αφθονγος. Le mot *diphthongue* signifie la réunion de deux sons articulés en un seul.

Nous ne pouvons donc pas mieux, ce nous semble, dénommer notre espèce de mutité que par le terme *aphthongie*. Il indique à la fois une lésion de la parole articulée et un trouble dans la phonation; il s'applique à des phénomènes nerveux; il est le seul qui nous paraisse rendre la chose que nous avons décrite; donc : *Sit venia verbo!*

DE LA MORT SUBITE PAR EMBOLIE PULMONAIRE DANS LES CONTUSIONS ET LES FRACTURES;

par M. le Dr AZAM,

professeur adjoint de Clinique chirurgicale, correspondant de la Société de Chirurgie.

(Lu à l'Académie de Médecine dans la séance du 7 juin 1864.)

Suite et fin (1).

J'ai fait quelques recherches sur les fracturés et les contusionnés actuellement en traitement à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, mais le nombre en est trop restreint pour qu'elles puissent avoir de l'importance. Deux malades seulement ont attiré mon attention : l'un, au quinzième jour d'une fracture de métacarpien, a souffert dans les profondeurs de l'avant-bras et du pli du coude; un deuxième, au vingt-cinquième jour d'une fracture de péroné, a ressenti dans l'épaisseur du mollet et au-dessus des douleurs caractéristiques à la pression.

Mais, je le répète, cette vérification devrait porter sur un très grand nombre de malades. Je me propose de la continuer.

Lorsqu'il existe une thrombose dans un membre, quelles sont les circonstances dans lesquelles un caillot pourra se détacher et être lancé dans la circulation de retour?

Tout le monde sait que le premier effet de l'inflammation d'une veine est la coagulation du sang qu'elle contient, et qu'en même temps que le sang est coagulé, il se fait, à la surface de la membrane interne du vaisseau enflammé, une sécrétion de lymphe plastique, une fausse membrane qui fixe le caillot à la veine; bientôt ce caillot durcit, en même temps l'adhérence augmente, le calibre de la veine se rétrécit

(1) Voir le numéro d'octobre, p. 441, et celui de novembre, p. 489.

par la rétraction de son contenu devenu fibreux, et au lieu d'un tube mou, rempli de liquide, roulant sous les doigts, on trouve un petit cordon dur, adhérent aux parties voisines. Tel est le mécanisme ordinaire.

Comment se fait-il que dans des cas, heureusement rares, l'adhérence des parois au coagulum soit insuffisante? Cette insuffisance tient-elle, comme quelquefois la disposition à la thrombose, à un état particulier du sang? C'est ce qui est probable. Ainsi, on observe plus particulièrement des embolies chez les cachectiques, les phthisiques, les typhoïdés, chez les nouvelles accouchées atteintes ou non de phlegmatia alba dolens. On peut, par analogie, parfaitement comprendre qu'un état général qui ne permettrait pas la bonne cicatrisation d'une plaie ne fournisse pas une lymphe plastique suffisante pour faire adhérer solidement un caillot à une paroi veineuse.

Bien que je ne veuille pas assimiler des fracturés aux catégories de malades que je viens d'énumérer, il est cependant une analogie qui n'échappera à personne, c'est que des gens condamnés à un repos prolongé, dans un hôpital ou ailleurs, peuvent ne pas avoir leur sang dans des conditions parfaites de plasticité.

Il est une autre cause de séparation des caillots des parois veineuses qui a une importance très grande, je veux parler des pressions faites sur les veines, soit par les muscles qui les entourent, soit par des manœuvres chirurgicales. Les pressions par les muscles ont lieu dans les mouvements plus ou moins violents des malades.

Il est facile, en analysant les Observations connues, de se rendre compte de ce mécanisme.

La plupart des femmes en couches qui ont succombé à des embolies pulmonaires sont mortes en se levant pour la première fois, en montant au lit, en cherchant à uriner, en

allant à la garde-robe. Un homme atteint de phlegmatia alba dolens, meurt en se mettant sur son séant (Dronsart); une convalescente de la même maladie est morte en cherchant à atteindre un objet éloigné (Ball, Obs. XV); une autre, en se levant malgré sa faiblesse (*id.*, XVI). Un phthisique, qui succombe à une embolie pulmonaire ayant son origine dans les membres inférieurs, meurt en marchant (*id.*, XIX); des typhoïdés en se levant pour uriner (*id.*, XXII et XXIII); un autre, en s'asseyant sur son lit (*id.*, XXXIV).

Je lis dans la Thèse de M. Négrié, de Bordeaux, sur la mort subite dans la pleurésie (Paris, 1864), que plusieurs pleurétiques chez lesquels l'autopsie a démontré des embolies pulmonaires, sont morts subitement après des mouvements plus ou moins violents. M. Négrié insiste, en terminant son travail, sur la fréquence de ce mécanisme.

La malade qui fait le sujet de ma première Observation a vu son caillot s'engager dans l'artère pulmonaire, en se plaçant sur le bassin pour aller à la selle.

Les mouvements et les efforts des malades n'ont pas seulement pour résultat possible de détacher mécaniquement les caillots par la pression des muscles qui entourent les veines; ils agissent aussi en comprimant la veine cave par la contraction des muscles de l'abdomen. Or, cette pression précipitera singulièrement la marche de l'embolie.

Ce mécanisme est très appréciable dans l'Observation que je viens de rappeler.

Il est facile de comprendre que des manœuvres chirurgicales peuvent avoir le même résultat que la pression spontanée opérée par les muscles. Ce mécanisme paraît évident chez la malade de M. Velpeau, qui est morte le lendemain de l'application d'un appareil dextriné, application *qui avait été douloureuse*. M. Lancereaux, dans le Rapport remarquable qu'il a lu à la Société anatomique sur cette Observation,

n'hésite pas à attribuer le départ du caillot embolique à cette cause, et il rappelle une Observation de Klinger dans laquelle la même origine pourrait être invoquée.

Il est évident que lorsqu'une thrombose des veines amène la mort subite, comme dans les cas que nous avons cités, l'art n'a pas à intervenir; mais toutes les thromboses veineuses n'amènent pas des embolies, et, d'autre part, toutes les embolies n'amènent pas la mort.

Il y aura donc deux indications thérapeutiques générales :

1° Lorsque l'exploration des membres contusionnés ou fracturés aura démontré le présence d'une phlébite ou d'une thrombose, chercher à les guérir ou à prévenir leurs dangers ;

2° Lorsque des caillots de petit volume, lancés dans la circulation de retour, amèneront des accidents qui ne seront pas foudroyants, faire la thérapeutique de ces accidents.

Nous n'avons pas à insister sur le premier point le traitement de la phlébite. Les antiphlogistiques, les vésicatoires, l'onguent napolitain, le repos, seront, je crois, suffisants pour amener sa résolution, à moins qu'elle ne soit suppurative. Nous sommes plus embarrassé pour formuler un traitement qui puisse empêcher les caillots qui constituent une thrombose de se détacher et d'être lancés dans la circulation. Les conditions d'adhérence plus ou moins solides des caillots aux veines sont trop peu connues pour qu'il soit possible de rien préciser à ce sujet. Le repos et l'abstention de manœuvres chirurgicales, telles que l'application de bandages compressifs, sont les seuls préceptes qu'on puisse formuler.

On pourrait y ajouter, lorsque la trombose est confirmée, un traitement fluidifiant destiné à hâter la disparition des caillots.

Nous citerons à l'appui deux Observations du Mémoire de M. Ball (Obs. XXVII et XXXV).

Un homme de quarante-huit ans portait une thrombose de la saphène, survenue sans cause appréciable. Deux mois après son apparition, il survint des accidents du côté du poumon, dyspnée, anxiété épigastrique, irrégularité du pouls, crachements de sang. M. Vidal, qui le traitait, a pu faire disparaître les caillots du membre par un traitement alcalin prolongé, et les accidents pulmonaires, provoqués par des embolies de petit volume, n'ont pas reparu.

Un cultivateur, âgé de trente ans, ayant été atteint d'une phlébite générale de la jambe et de la cuisse gauche, M. Sénard obtint la résolution de la thrombose qui l'avait suivie, par l'emploi de l'eau de Vichy à l'intérieur et en douches, et par des frictions sèches.

Lorsque des symptômes du côté des centres circulatoires ont donné la certitude qu'il existe dans les poumons des caillots emboliques d'un volume variable, la thérapeutique est, on le comprend, des plus incertaines. Entre la mort subite qu'amène infailliblement une embolie d'un certain volume, et les accidents légers de dyspnée et l'hémoptysie qu'un caillot très petit pourra provoquer, il y a un nombre infini de degrés; on ne pourra donc faire que la médecine du symptôme.

Je dois le dire, il y aura plus à compter sur le repos complet du malade et sur les efforts que fera la nature pour dissoudre le coagulum, que sur une médication déterminée. Je croirais du reste sortir de mon sujet, si je développais davantage ces idées.

RÉSUMÉ.

I. Les fractures et les contusions peuvent devenir des causes de mort subite par embolie pulmonaire.

II. Ces embolies ont pour origine une thrombose des

veines de la région blessée, due en général elle-même à la résorption du sang épanché.

III. Ces thromboses, ou les phlébites qui les précèdent, sont latentes. Elles doivent être plus communes qu'on ne le croirait au premier abord.

IV. L'œdème des extrémités qui suit si souvent la convalescence des fractures peut leur être attribué.

V. L'exploration par les doigts du trajet des veines superficielles et profondes peut démontrer leur existence.

VI. Certains accidents pulmonaires, tels que dyspnée, hémoptysie, douleur précordiale, syncopes, etc., indices de la présence dans le poumon d'un caillot embolique de volume variable, peuvent attirer sur ces phlébites l'attention du chirurgien.

VII. Dans les thromboses veineuses, les caillots sont plus ou moins adhérents; le degré de plasticité du sang est en rapport avec la solidité de ces adhérences. Or, les fracturés condamnés au repos sont dans de mauvaises conditions de plasticité.

VIII. Les mouvements généraux ou partiels accompagnés d'efforts de la part des malades, et l'application d'appareils compressifs, peuvent provoquer le départ de caillots emboliques.

IX. Le chirurgien devra rechercher si, à partir du quinzième jour, il n'existe pas dans les régions atteintes par des fractures ou des contusions, ou au-dessus d'elles, des phlébites latentes.

X. Si l'existence d'une phlébite lui est démontrée, le repos, les antiphlogistiques et un traitement alcalin sont indiqués.

XI. Lorsque chez des fracturés ou des contusionnés, il se développe des accidents pulmonaires indices d'une embolie, il n'y a d'autre thérapeutique que le repos et le traitement des symptômes.

ADDITION DE L'AUTEUR.

Pendant la réimpression de ce Mémoire, M. Labbé a communiqué à la Société de Chirurgie, le 12 octobre 1864, en son nom et au nom de M. Cahours, une Observation semblable aux deux premières que j'ai rapportées. Je ne puis mieux faire que de reproduire textuellement ce fait intéressant.

Fracture simple de la jambe droite à sa partie moyenne; épanchement de sang énorme s'étendant depuis les racines des orteils jusqu'à la hauteur de la fracture. — Mort subite au quarante-septième jour. — Caillots dans la veine crurale. — Embolie de l'artère pulmonaire.

Le 21 août, Mme L..., âgée de soixante-six ans, demeurant rue Laffitte, n° 29, fut renversée par un omnibus; une des roues lui passa obliquement sur la jambe droite, et un coup de pied de cheval porta sur l'articulation tibio-tarsienne du même côté. La malade fut transportée immédiatement chez elle.

Dès que la malade fut couchée, M. le docteur Cahours constata :

1° Une fracture de la partie moyenne du tibia; la crépitation était très appréciable; la solution de continuité paraissait s'étendre obliquement de haut en bas et de dehors en dedans; le chevauchement était peu sensible et appréciable.

2° Un épanchement de sang énorme s'étendait depuis le milieu de la jambe jusqu'au pied, qui était meurtri et violacé. Au-dessous de la malléole externe existait une toute petite plaie semblable à une piqûre, et d'où s'échappait, surtout à la pression du pied, un filet de sang très mince; la peau partout ailleurs était saine.

Dès le premier jour, M. Cahours installa des irrigations continues avec de l'eau tiède, diminuant ou augmentant la température du liquide d'après les impressions de la malade.

Le 22 août, la nuit est assez bonne, et la réaction générale presque nulle. MM. Alph. Amussat et Labbé, appelés en consultation, trouvent l'état de la malade très satisfaisant. Quelques phlyctènes brunâtres, développées sur les parties latérales du pied, sont ouvertes avec les ciseaux.

Le 24 août, les irrigations sont suspendues; la malade dort bien et commence à se nourrir.

Dans les jours suivants, le mieux se continue; mais sous l'influence et la pression de l'épanchement sanguin énorme du mollet la peau se gangrène dans l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent. Un débridement fait sur cette plaque gangréneuse laisse écouler deux verres de sang corrompu, avec des gouttelettes huileuses surnageant la sanie. Le mollet vidé, le bien-être reprend son cours sans interruption jusqu'au 8 octobre. A cette époque, la plaie de la jambe est presque cicatrisée; la malade est gaie, mange et dort bien : tout fait présager une prompte et heureuse guérison. A minuit, le 8 octobre, la fille de Mme L... monte à la chambre de sa mère, lui souhaite une bonne nuit; la malade répond gaîment, et cinq minutes après sa fille la voit, dans un état d'angoisse inexprimable, porter la main à sa poitrine comme si elle étouffait, et s'affaisser morte sur l'oreiller.

Une observation capitale, et que nous avons fait corroborer à différentes reprises par la fille de Mme L..., qui ne quittait pas la malade, c'est que jamais celle-ci ne s'est plainte d'accès de suffocation ou même de la plus légère difficulté de respiration; jamais elle n'a accusé de douleur profonde dans la jambe ou vers la cuisse; en outre, la malade était très docile, et ne remuait que pour se servir du bassin.

La rapidité de cette mort nous remit en mémoire la communication de M. Azam à l'Académie sur les embolies pulmonaires. Nous étions, comme dans les cas rapportés par ce confrère de Bordeaux et par M. Velpeau, en présence d'une fracture et d'un épanchement de sang considérable. La migration de caillots vers l'artère pulmonaire nous parut presque une certitude; bien que la malade n'eût accusé aucune douleur sur le trajet des veines, il pouvait y avoir eu phlébite profonde et latente; bien que la respiration eût toujours été libre et facile, l'accès de suffocation finale nous engageait à rechercher la cause de la mort du côté de la poitrine.

L'autopsie nous fut accordée par la famille, et le lundi soir, 10 octobre, nous procédâmes à l'ouverture du corps.

Autopsie. — L'habitude extérieure ne présente rien de particulier. Le facies est reposé, et n'offre aucune trace des angoisses de la mort. La plaie de la jambe est presque tout entière cicatrisée; le volume des deux membres est sensiblement le même.

La fracture paraît parfaitement consolidée; cependant, le cal cède sous l'influence d'une pression un peu énergique. Entre les

différents plans musculaires et jusque vers les vaisseaux profonds de la jambe, on rencontre un épanchement de sang linéaire étalé en couche mince, et qui depuis quarante-sept jours n'a pu être encore résorbé.

Les veines de la jambe, examinées avec autant de soin que possible, ne nous ont pas paru renfermer de caillots.

La veine poplitée renferme quelques concrétions sanguines, dont l'organisation paraît déjà ancienne; mais c'est surtout dans la portion de la veine crurale correspondant au triangle de Scarpa que l'on observe un coagulum bien organisé, analogue à celui que nous avons rencontré plus tard dans l'artère pulmonaire.

La veine-cave n'a pu être examinée, parce que l'on avait prié de faire l'autopsie le plus discrètement possible.

Les poumons et le cœur furent enlevés de la poitrine avec précaution. Le cœur est assez volumineux, fortement chargé de graisse. Les cavités paraissent affaissées. Le ventricule gauche est complètement vide, on ne rencontre pas trace du plus petit caillot; l'artère aorte ne renferme pas non plus de coagulum.

Le ventricule droit, également affaissé, est vide. L'infundibulum et la moitié inférieure du tronc de l'artère pulmonaire ne contiennent pas de sang; mais un caillot volumineux remplit la moitié supérieure de ce gros vaisseau, et se prolonge dans sa division gauche; le caillot remplit aussi quelques petites branches secondaires, et obture intégralement la division de l'artère qui se rend dans le lobe supérieur du poumon.

Le caillot offre un aspect gris-rougeâtre; il est ferme, et ne présente d'adhérences dans aucun point avec les parois de l'artère.

La division droite de l'artère pulmonaire est remplie par des caillots noirs, mous, diffluents, et qui évidemment se sont formés au moment et immédiatement après la mort.

Le poumon gauche était affaissé, et ne contenait pas trace de sang. Le poumon droit, qui avait dû recevoir pendant un instant tout le sang venant du ventricule droit, était volumineux, résistant, noirâtre; incisé, il laissa couler du sang en abondance.

Le cerveau a été examiné avec soin; il était sain dans toute son étendue.

La mort subite a été due évidemment à l'oblitération instantanée de la branche gauche de l'artère pulmonaire; la présence dans la veine fémorale de caillots analogues à ceux que nous avons trouvés

dans l'artère pulmonaire peut, nous le pensons, nous autoriser à dire que là a été le point de départ des caillots migrateurs qui ont amené la mort.

L'importance de ce fait n'échappera à personne; il est la confirmation de ceux que j'ai réunis et des conclusions que j'en ai tirées. Je n'ajouterai pas de commentaires; je ferai seulement une remarque : c'est que le caillot embolique a eu chez cette malade son origine dans une thrombose de la veine crurale; ce qui ne change rien au mode de formation de caillots par phlébite latente et ascendante.

J'appellerai aussi l'attention sur ce point que l'épanchement de sang dans le membre inférieur était si considérable, que sa résorption, cause, suivant moi, de la phlébite, n'était pas terminée après quarante-sept jours.

J'ajouterai que, jusqu'à ce jour, les cas connus se rapportent à des femmes, et six sur huit à des fractures de la jambe.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Arthrite noueuse. Prescription de M. Beau. — Si l'arthrite aiguë rhumatismale ou goutteuse est heureusement influencée par le sulfate de quinine, il n'en est pas ainsi de cette espèce d'arthrite primitivement chronique qu'on appelle *arthrite noueuse.* C'est aux bains alcalins additionnés d'acide arsénieux, et à ce dernier agent pris à l'intérieur, qu'il faut s'adresser pour la combattre et faire disparaître en même temps l'état dyspeptique qui s'oppose au rétablissement des forces.

Chez plusieurs malades affectés de cette arthrite, M. Beau a prescrit cette année :

1° A l'intérieur une solution arsenicale composée ainsi :

Acide arsénieux..............	10 centigrammes.
Eau distillée.................	500 grammes.

A prendre une cuillerée à bouche matin et soir.

2° Tous les deux jours, puis tous les jours, un bain contenant;

Sous-carbonate de soude.......	100 grammes.
Arséniate de soude............	1 gramme.

La dose d'arséniate de soude est portée rapidement à 1 gramme 50 et 2 grammes sans dépasser ce chiffre. M. Guéneau de Mussy, qui le premier a préconisé ces bains contre le rhumatisme noueux et contre toutes les formes de rhumatisme chronique, supprime dans les cas subaigus le sous-carbonate de soude et prescrit l'arséniate de soude dans un bain simple ou dans un bain gélatineux. M. Beau déclare s'être bien trouvé de ce traitement chez plusieurs malades.

(Journal de méd. et de chir.).

Topique anesthésique et révulsif contre les douleurs musculaires. — Le *Bulletin médical du Dauphiné* indique la formule suivante comme ayant très-souvent réussi à son auteur dans les cas de douleurs musculaires :

Alcoolature de racines d'aconit..	5	grammes.
Axonge......................	10	—
Chloroforme..................	5	—
Chlorhydrate de morphine......	1	—

Incorporez l'alcoolature dans l'axonge; ajoutez le chloroforme et le sel de morphine, en mélangeant le tout dans un mortier de verre; puis renfermez dans un flacon à large ouverture, bouché d'un bon liége.

On étend rapidement ce mélange avec les barbes d'une plume sur les muscles endoloris, et l'on recouvre d'une houate doublée de taffetas ciré.

Le pansement doit être renouvelé toutes les heures, et arrêté dès que le soulagement est obtenu.

(Répertoire médical.)

CHRONIQUE.

Concours pour la place de Chirurgien-Adjoint des Hôpitaux de Bordeaux.

C'est toujours avec un sentiment de satisfaction que nous voyons arriver ces luttes où le talent doit triompher pour obtenir des fonctions importantes. — Le concours annoncé a eu lieu dans les premiers jours de décembre, et, quoique deux athlètes y aient seuls pris part, le combat n'a pas été moins brillant.

Quatre épreuves devaient attester la valeur des concurrents,

M. Gioux, de Saint-Jean-d'Angély, docteur en médecine et docteur en chirurgie, et M. Lannelongue, chef interne de l'hôpital Saint-André, déjà connu par des victoires antérieures.

La première épreuve, question orale, d'anatomie chirurgicale et de pathologie externe, ainsi posée : *Région crurale, Anévrysme de l'artère crurale,* laissait peut-être à désirer pour la clarté. C'est ce qu'a prouvé l'interprétation des candidats. M. Lannelongue, qui l'a traitée le premier, a vu par l'analogie de la portion chirurgicale avec la portion anatomique, qu'il fallait entendre la région crurale pour cette portion de la région inguino-crurale, et il en donne une description exacte, mais peut-être pas assez chirurgicale. — Quant à la portion pathologique, il a été bien plus complet, et il a fait l'histoire de l'anévrysme de la crurale d'une manière très satisfaisante; et, quoiqu'il ait vu la ligature de l'iliaque externe réussir une fois dans cet hôpital, il a insisté sur l'importance de la compression digitale. — Cette épreuve a signalé déjà l'esprit judicieux de ce candidat.

M. Gioux n'a pas interprété de la même manière la portion anatomique de la question, et a donné une description de la région de la cuisse, comme région crurale. Là, même, il a fait plutôt de l'anatomie descriptive, et puis, s'occupant de quelques maladies de cette région, il a presque laissé de côté la partie chirurgicale. On ne peut accepter le motif qu'il a donné pour la passer sous silence : « Cette maladie est fort rare, dit-il, je n'en ai jamais vu d'exemple, je n'en pourrais donc parler que d'après les livres. » Et en effet, il n'en a rien dit.

La deuxième épreuve, dissertation écrite sur un sujet de chirurgie, a porté sur *les tumeurs de la région parotidienne.* Les candidats avaient eu six heures pour traiter cette question, et ils ont tous les deux fait preuve de connaissances précises et étendues. M. Lannelongue a jeté un coup d'œil chirurgical sur cette région, et, après avoir fait le départ des tumeurs qui peuvent s'y rencontrer, les avoir divisées en molles et dures, homœomorphes et hétéromorphes, il a donné une classification de celles dont seules il allait parler; il en a donné le diagnostic différentiel d'une manière large et savante, et en est arrivé à la maladie la plus grave de cette région, le cancer de la parotide. Il a exposé les inconvénients et les difficultés de son extirpation, le danger des récidives et a conclu au peu de succès à en attendre. Cette disser-

tation, où la méthode dirigeait la science la plus sûre, a prouvé de plus en plus la justesse d'esprit de ce concurrent.

M. Gioux a fait un excellent mémoire sur cette question. S'il a été moins précis sur la partie purement anatomique, la portion pathologique a été très bien traitée. On a écouté avec le plus vif intérêt les savants développements qu'il lui a donnés dans un style plein d'élégance, et rehaussé par une lecture animée et élégante. Ce mémoire a fait briller dans son auteur d'éminentes qualités.

Cette épreuve a fait le plus grand honneur aux deux concurrents; des deux mémoires se formerait facilement une bonne monographie sur les tumeurs de la région parotidienne; si l'on a remarqué dans le premier plus de méthode et de gravité, le second, aussi savant, offrait peut-être plus de grâce littéraire.

La troisième épreuve, leçon clinique sur deux malades choisis dans les salles de chirurgie, a été bonne aussi pour les deux candidats. Le premier malade offrait une maladie trop simple peut-être pour une épreuve de ce genre; mais l'obligation pour le jury de choisir parmi les malades entrés de la veille n'offre pas un grand choix. Ce malade portait un *hygroma sur le genou droit,* remontant à une chute faite six mois auparavant. Le diagnostic, trop facile, a été porté par les deux observateurs; il n'y a eu de différence dans leur appréciation que pour la conduite à tenir, et tandis que M. Lannelongue a motivé la plus scrupuleuse abstention, M. Gioux, en supposant toutefois des modifications dans la tumeur, aurait choisi une thérapeutique trop active peut-être.

Le second malade offrait plus d'intérêt. C'était un jeune homme de 21 à 22 ans, portant à la jambe gauche, au-dessus de la région poplitée, une *tumeur assez volumineuse* dont la nature était assez difficile à déterminer. Ce malade avait subi, il y a cinq ou six ans, pour une tumeur analogue, l'amputation de la partie antérieure du pied à la méthode de Choppart. L'examen de cette tumeur a captivé l'attention des concurrents, et ce n'était pas sans motif. Ils sont arrivés à un diagnostic différent, mais chacun d'eux l'a motivé d'une manière satisfaisante. M. Lannelongue, par la méthode d'exclusion, en est arrivé à la notion d'une *tumeur fibro-plastique;* il a supposé que la tumeur qui avait existé au pied devait être analogue, et la reproduction de celle de la jambe, stationnaire et indolente, lui a fait conclure à s'abstenir de toute opération, d'autant qu'il a constaté, dans le triangle de scarpa et dans le pli de

l'aîne, de petites tumeurs qui lui auraient fait craindre une prompte récidive.

M. Gioux, à son tour, après un très long examen et par un diagnostic différentiel soigné, est arrivé à une conclusion un peu différente. Trouvant la tumeur plus dure peut-être qu'elle n'était, appréciant sa profondeur jusqu'au ligament interosseux et son immobilité, il a conclu à un *anchondrôme,* et, ne trouvant pas dans la tumeur analogue du pied un motif suffisant de l'amputation pratiquée, il a laissé de côté cette analogie. Aussi a-t-il proposé de faire l'extirpation de la tumeur de la jambe. — Une circonstance qui rend compte peut-être de la différence dans l'appréciation des deux candidats, c'est que l'un, M. Lannelongue, a fait une thèse sur les tumeurs fibro-plastiques, et l'autre a fait la sienne sur les anchondrômes; de telle sorte que chacun a cru voir ce qui lui était plus familier. Mais le jury avait diagnostiqué une *tumeur fibro-plastique,* éclairé d'ailleurs par l'examen micrographique qui avait été fait, dans le temps, de la tumeur du pied.

Quoi qu'il en soit, cette épreuve, tout en laissant un avantage à l'un des deux candidats, les a bien placés tous les deux.

La quatrième et dernière épreuve : *Deux opérations pratiquées sur le cadavre avec démonstration,* a eu pour objet la *ligature de l'artère tibiale antérieure* à la partie moyenne, et l'*amputation du bras dans l'articulation du coude.* L'énoncé de cette question a encore été cause d'une différence dans l'épreuve. M. Gioux, s'en tenant à la lettre, a procédé en *démontrant* chaque coup de bistouri comme s'il disséquait sur le cadavre, et a à peine parlé des circonstances qui légitiment ces opérations; mais quant à l'amputation du bras, il a mentionné et pratiqué un procédé mixte à *lambeau postérieur* et méthode ovalaire, procédé inconnu et qui mérite de rester inappliqué. — M. Lannelongue, après avoir énoncé les circonstances qui pourraient exiger la ligature de la tibiale, n'a pas hésité à dire qu'elle n'était jamais pratiquée, et que quant à lui il ne la ferait jamais, lui préférant la ligature de la poplitée dans les cas où il pourrait juger l'indication de la première. Il y a pourtant procédé, après avoir fait la description du manuel.

Quant à l'amputation du bras dans l'article, — articulation du coude, — il a préféré à la méthode circulaire, la méthode à lambeau, non point à lambeau antérieur, procédé de Malgaigne, mais à *lambeau externe,* comme il l'a appelé, afin de conserver un moi-

gnon plus charnu. Il nous a semblé que ce candidat n'avait guère changé que le nom; son opération est bien, à peu de chose près, celle de Malgaigne, en inclinant un peu la coupe en dehors. — M. Lannelongue avait là sur son concurrent un grand avantage, ayant depuis peu fait sur le vivant cette opération avec un plein succès.

L'exposé que nous venons de faire laisse pressentir le nom du vainqueur. Si les quatre épreuves avaient rapproché les concurrents comme les deux relatives au mémoire écrit et à la leçon clinique, il eût été plus difficile de faire un choix; les chances étaient balancées, et les autres épreuves ont prouvé l'avantage que donne l'habitude des concours.

Somme toute, c'est là une lutte qui honore les deux concurrents, bien qu'il n'y en ait qu'un d'heureux : M. Lannelongue.

C.

— *Congrès médical à Bordeaux.* — Les médecins de Bordeaux ne pouvaient pas rester étrangers au mouvement scientifique imprimé par les villes de Rouen et Lyon. Aussi apprenons-nous avec satisfaction qu'un certain nombre de nos confrères s'occupent d'organiser un *Congrès médical à Bordeaux pour 1865.* Déjà de nombreuses adhésions vont rendre possible une première réunion, où un Comité d'organisation sera élu. Nous espérons, pour le numéro prochain, pouvoir annoncer d'une manière officielle la nomination de la Commission, les Statuts et les questions proposées. C.

— A l'occasion d'un arrêté du Maire de Bordeaux, qui assigne le nom de quelques médecins à des rues nouvelles de cette ville, une correspondance a eu lieu entre les Présidents de l'Association médicale de la Gironde et de la Réunion des médecins de l'hôpital Saint-André, et M. le Maire. Nous croyons devoir la reproduire :

Bordeaux, le 22 novembre 1864.

Monsieur le Maire,

L'Association des médecins de la Gironde a été émue et touchée de l'honneur que vous avez fait à notre profession en consacrant, par un acte spontané de justice et de bienveillance, le souvenir des travaux ou des services rendus au pays par nos devanciers et nos maîtres.

A mon retour de Paris, le Conseil d'administration que je préside

m'a confié le soin de vous témoigner sa gratitude. J'en suis fier et heureux, car nous appartenons tous deux à la grande et noble famille des professions libérales, et, vous le savez, ces professions trouvent leur meilleure récompense, comme leur seul héritage, dans le bien qu'elles font, les idées qu'elles défendent, les traditions qu'elles transmettent. Soyez sûr, Monsieur, que la jeunesse médicale ne répudiera pas la dette de ses pères, et acceptera dignement la solidarité de notre reconnaissance. Elle ne saurait oublier que votre sympathique confraternité a voulu confondre, dans la même estime publique, les noms illustres des Lainé, Martignac, Ravez, de Sèze et Brochon avec ceux des Canihac, Grateloup, Chaumet, Magendie et Godard. — « Cette ville de Bordeaux, disais-je sur la tombe de ce jeune savant, » dont vous vous êtes souvenu à la dernière heure, se souviendra à » son tour. Le corps médical vous a inscrit dans son martyrologe, vos » concitoyens s'honoreront de vous, de vos bienfaits, et un jour ils » élèveront à votre mémoire un monument plus durable que les » trophées du champ de bataille. »

Vous voyez, Monsieur, que je pourrais m'enorgueillir de cette prophétie, s'il n'était juste et naturel de tout espérer de la bonté de votre cœur comme de l'élévation de votre esprit.

Veuillez agréez, en souvenir d'une bien ancienne camaraderie, la douce expression de mes sentiments affectueux et de ma haute considération.

Le Président de l'Association des médecins de la Gironde,
Vice-Président de l'Association générale des médecins de France, MABIT.

Bordeaux, le 28 novembre 1864.

A Monsieur le docteur Mabit, président de l'Association des médecins de la Gironde.

Monsieur le Président,

Je suis profondément touché de l'affectueuse lettre que vous m'avez fait l'honneur, hier, de m'adresser au nom de l'Association des médecins de la Gironde. Elle m'a été d'autant plus douce que j'ai retrouvé sous votre plume, Monsieur le Président, toute la bienveillance d'une vieille amitié.

Vous le dites avec raison : nos professions sont sœurs; elles appartiennent à la grande famille des professions libérales. Entre le médecin et l'avocat, il y a trop de points de contact pour ne pas s'honorer et s'aimer mutuellement.

Il était donc bien naturel que, dans ma pensée et dans mon cœur, se réunissent les noms éminents que vous citez. J'ai été heureux, je l'avoue, de consacrer, par un hommage public, le souvenir de toutes ces mémoires aimées et glorieuses.

Lainé et de Sèze les avaient devancés dans cet hommage.

Ravez aura son tour.

La pitié filiale ne permet pas à ma reconnaissance d'être muette en présence de l'honorable souvenir que vous avez bien voulu accorder à un autre nom encore.

Veuillez donc, Monsieur le Président, agréer pour vous d'abord et transmettre à tous vos confrères l'expression de ma vive gratitude pour votre flatteuse manifestation, en même temps que l'assurance de ma haute considération et de mon entier dévouement.

Le Maire de Bordeaux, G. Henry Brochon.

Bordeaux, le 23 novembre 1864.

A Monsieur le Maire de Bordeaux.

Monsieur le Maire,

La réunion des Médecins et Chirurgiens de l'hôpital Saint-André, dont j'ai l'honneur, cette année, d'être le Président, m'a chargé, dans sa dernière séance mensuelle, de vous exprimer toute sa reconnaissance.

En donnant à deux rues de notre Cité les noms vénérés de Canihac et de Chaumet, vous avez voulu perpétuer parmi vos concitoyens le souvenir de deux hommes qui ont été dans cette maison nos devanciers et nos maîtres; nous en avons été profondément touchés.

L'hôpital Saint-André a été le théâtre de leurs travaux, de leur dévouement et de leur renommée; c'est ici qu'ils ont consacré, au soin des pauvres et à l'instruction des générations médicales, leur savoir et leur vie; c'est ici que, noble victime de la science et du devoir, Chaumet a pris le mal qui devait nous le ravir avant l'heure.

Vous avez compris, Monsieur le Maire, que le souvenir de ces existences, si dignement remplies, devait être impérissable, et que le

dévouement obscur du praticien d'hôpital, mortel comme la gloire des batailles, devait marcher de pair avec elles; nous vous en remercions.

La pensée élevée qui vous a dirigé dans votre choix sera dignement comprise; elle est pour nous un noble encouragement, car aujourd'hui nous savons, qu'aux yeux du premier Magistrat de notre Cité, faire le bien peut devenir une gloire.

J'ai l'honneur d'être, au nom de mes Collègues, etc.

Le Président de la Réunion Médico-Chirurgicale de l'hôpital Saint-André. Dr AZAM.

Bordeaux, le 24 novembre 1864.

A Monsieur le docteur Azam, président de la Réunion des Médecins et Chirurgiens de l'hôpital Saint-André.

Monsieur,

En même temps que la lettre de Monsieur le docteur Mabit, président de l'Association des Médecins de la Gironde, j'avais l'honneur de recevoir aussi celle que vous avez bien voulu m'adresser au nom de la Réunion des Médecins et Chirurgiens de l'hôpital Saint-André.

Cette double manifestation, émanant ainsi du Corps médical tout entier, me touche profondément; et l'hommage public que j'ai été heureux de pouvoir rendre à des noms tels que ceux de Canihac et de Chaumet n'a été de ma part que l'accomplissement d'un devoir.

J'ajoute que je n'ai fait qu'acquitter une dette personnelle; car j'ai été honoré de leur amitié, et je dois beaucoup à leurs soins.

Oui, Monsieur, vous avez raison; de telles mémoires doivent être impérissables; elles rappelleront éternellement à Bordeaux la supériorité de la science et l'héroïsme du dévouement.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

Le Maire de Bordeaux, G. Henry BROCHON.

— Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, M. Métadier a été nommé professeur de chimie et de pharmacie à l'École de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

OBSERVATIONS MÉTÉOROLOGIQUES

DU COURS D'AGRICULTURE DE BORDEAUX.

Novembre 1864.

DATES.	THERMOMÈTRE.		VENT à midi.	ÉTAT DU CIEL.	PLUVIOMÈTRE.
					millim.
1	11°5	16°5	S.	Pluie.	20,8
2	13,0	17,5	S.	Couvert.	
3	12,0	16,0	N.	Couvert.	
4	9,0	15,0	N.	Beau.	
5	6,0	13,5	N.	Beau.	
6	4,0	9,5	N.	Beau.	
7	1,5	3,0	N.	Couvert.	
8	1,0	4,0	S.	Couvert.	
9	0,0	5,0	N.	Couvert.	
10	0,5	7,0	N.	Couvert.	
11	3,0	9,0	S.	Beau.	
12	2,0	10,5	S.	Beau.	
13	4,0	10,0	S.	Pluie.	12,5
14	10,0	13,0	S.	Pluie.	30,0
15	8,0	13,0	O.	Pluie.	33,5
16	9,0	13,5	N.	Pluie.	1,5
17	8,0	15,0	S.	Pluie.	4,0
18	9,0	13,0	O.	Pluie.	2,0
19	0,0	11,5	S.	Nuageux.	
20	8,5	12,0	O.	Pluie.	21,5
21	8,0	10,0	N.	Pluie.	4,1
22	11,0	14,0	O.	Pluie.	6,3
23	10,0	12,0	S.	Pluie.	25,0
24	7,0	11,5	O.	Pluie.	8,0
25	6,0	8,5	S.	Pluie.	15,5
26	7,0	12,5	N.	Pluie.	9,8
27	7,0	12,0	N.	Pluie.	3,3
28	9,0	14,0	S.	Nuageux.	
29	7,5	12,5	N.	Beau.	
30	3,5	8,0	N.	Beau.	
	6°7	11°4		Haut^r d'eau de pluie.	197,8
				Haut^r d'eau évaporée	22,0

Moyenne du mois : 9°0 *Vent dominant à midi :* N.

Aug. Petit-Lafitte.

Bordeaux. — Imp. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PRÉSENT VOLUME.

L

M

N

O

P

R

JOURNAL

DE MÉDECINE

DE BORDEAUX,

Publié par

MM. **AZAM**, Professeur-adjoint de Clinique chirurgicale; **BARBET**, Professeur de Pharmacie et de Toxicologie; **BITOT**, Professeur d'Anatomie et de Physiologie; **COSTES**, Professeur de Pathologie externe et de Médecine opératoire; **GINTRAC**, Directeur de l'École de Médecine; Henri **GINTRAC**, Professeur de Clinique interne, Médecin des épidémies; **JEANNEL**, Pharmacien principal à l'Hôpital militaire, Professeur de Matière médicale et de Thérapeutique; **MARTIN-BARBET**, Membre de la Société de Pharmacie; **ORÉ**, Professeur-adjoint d'Anatomie et de Physiologie; **ROUSSET**, Professeur d'Accouchements et de Maladies des femmes et des enfants, et de Clinique obstétricale; **VENOT**, Chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean (Vénériens), Professeur libre de Clinique syphiliographique.

Rédacteur en Chef : M. COSTES.

DEUXIÈME SÉRIE. — 9me ANNÉE.

1er No. — Janvier 1864.

BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,

ancien hôtel de l'Archevêché, rue Guiraude, 11.

1864

TABLE DES MATIÈRES.

TRAVAUX ORIGINAUX.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

OUVRAGES EN VENTE.

Annuaire médical et pharmaceut. de la France, par le Dr Félix Roubaud, médecin inspecteur des eaux minérales de Pougues. — Prix, *franco*, pour toute la France : 4 fr.
Adresser un mandat ou des timbres au directeur de la *France médicale*, 13, rue de la Monnaie.

Agenda comptable du médecin pour 1864. — Un beau volume de *poche* ou de *cabinet*, relié à l'anglaise. — Prix : 1 fr. 50 c.

Registre des médecins, par M. E. Simonnet, breveté. — 400 pages in-4o, belle et forte reliure.— Nous recommandons tout particulièrement à l'attention de nos confrères cette méthode de comptabilité médicale, la plus simple, la plus intelligible et la plus pratique de toutes ; elle comporte deux modèles :
Le *Registre no 1* est disposé plus spécialement pour les praticiens des villes.
Le *Registre no 2* est consacré plus spécialement aux médecins des campagnes.
Prix de chaque registre : 12 fr. par la poste.
Adresser un mandat ou des timbres à M. E. Simonnet, en indiquant le numéro du registre que l'on désire. *Cette indication est utile.* — Paris, 13, rue de la Monnaie.

Mémoire sur la Prostitution publique, et Parallèle complet de la Prostitution romaine et de la Prostitution contemporaine, suivis d'une *Étude sur le Dispensaire de Salubrité de Bordeaux*, d'une *Statistique des Vénériens dans la garnison de Bordeaux*, et d'un *Essai de Statistique de l'Infection vénérienne dans les garnisons de l'empire français*; par le Dr J. Jeannel. — Paris, *Germer Baillière*, libraire-éditeur.

Principes de Pathologie générale; par M. P.-Em. Chauffard, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. 1 fort vol. in-8o de 750 pages. — Prix : 9 fr.

Clinique médicale sur les maladies des femmes, par M. G. Bernutz, médecin de la Pitié, et M. E. Goupil, médecin du bureau central. 2 vol. grand in-8o. — Prix : 18 fr.
Franco par la poste, sans augmentation de prix, contre un bon ou des timbres-poste.

Guide et questionnaire de tous les examens de médecine et des concours de l'internat, de l'externat et de l'École pratique, avec les réponses des examinateurs eux-mêmes aux questions les plus difficiles, et suivi de grands tableaux synoptiques inédits d'anatomie et de pathologie; par le docteur Berton. 1 vol. gr. in-18 de 186 pages. — Prix : 2 fr. 50
Paris, chez *Germer-Baillière*, libraire-éditeur, rue de l'École de Médecine, 17.




Le *Journal de Médecine de Bordeaux* se publie mensuellement. Il paraît, du 15 au 20 de chaque mois, 3 à 4 feuilles in-8°, formant, chaque année, un beau volume de près de 600 pages.

Prix de l'abonnement........................... 10 fr.

—

ON S'ABONNE

Chez M. MARTIN-BARBET, pharmacien, cours de Tourny, 23, à Bordeaux.

Les ouvrages dont les auteurs désirent faire insérer des analyses dans le Journal; les mémoires, articles, réclamations, en un mot tout ce qui concerne la rédaction, doit être adressé *franco* à M. COSTES, rédacteur en chef; rue Beaubadat, 25.







JOURNAL

DE MÉDECINE

DE BORDEAUX,

Publié par

MM. **AZAM**, Professeur-adjoint de Clinique chirurgicale; **BARBET**, Professeur de Pharmacie et de Toxicologie; **BITOT**, Professeur d'Anatomie et de Physiologie; **COSTES**, Professeur de Pathologie externe et de Médecine opératoire; **GINTRAC**, Directeur de l'École de Médecine; Henri **GINTRAC**, Professeur de Clinique interne, Médecin des épidémies; **JEANNEL**, Pharmacien principal à l'Hôpital militaire, Professeur de Matière médicale et de Thérapeutique; **MARTIN-BARBET**, Membre de la Société de Pharmacie; **ORÉ**, Professeur-adjoint d'Anatomie et de Physiologie; **ROUSSET**, Professeur d'Accouchements et de Maladies des femmes et des enfants, et de Clinique obstétricale; **VENOT**, Chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean (Vénériens), Professeur libre de Clinique syphilographique.

Rédacteur en Chef : M. COSTES.

DEUXIÈME SÉRIE. — 9me ANNÉE.

2e N°. — Février 1864.

BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,

ancien hôtel de l'Archevêché, rue Guiraude, 11.

1864



TABLE DES MATIÈRES.

TRAVAUX ORIGINAUX.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

OUVRAGES EN VENTE.

Annuaire médical et pharmaceut. de la France, par le Dr Félix ROUBAUD, médecin inspecteur des eaux minérales de Pougues. — Prix, *franco*, pour toute la France : 4 fr.

Adresser un mandat ou des timbres au directeur de la *France médicale,* 13, rue de la Monnaie.

Agenda comptable du médecin pour 1864. — Un beau volume de *poche* ou de *cabinet*, relié à l'anglaise. — Prix : 1 fr. 50 c.

Registre des médecins, par M. E. SIMONNET, breveté. — 400 pages in-4o, belle et forte reliure.— Nous recommandons tout particulièrement à l'attention de nos confrères cette méthode de comptabilité médicale, la plus simple, la plus intelligible et la plus pratique de toutes; elle comporte deux modèles ;

Le *Registre no 1* est disposé plus spécialement pour les praticiens des villes.

Le *Registre no 2* est consacré plus spécialement aux médecins des campagnes.

Prix de chaque registre : 12 fr. par la poste.

Adresser un mandat ou des timbres à M. E. Simonnet, en indiquant le numéro du registre que l'on désire. *Cette indication est utile.* — Paris, 13, rue de la Monnaie.

Mémoire sur la Prostitution publique, et Parallèle complet de la Prostitution romaine et de la Prostitution contemporaine, suivis d'une *Étude sur le Dispensaire de Salubrité de Bordeaux,* d'une *Statistique des Vénériens dans la garnison de Bordeaux,* et d'un *Essai de Statistique de l'Infection vénérienne dans les garnisons de l'empire français;* par le Dr J. JEANNEL. — Paris, *Germer Baillière,* libraire-éditeur.

Principes de Pathologie générale; par M. P.-Em. CHAUFFARD, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. 1 fort vol. in-8o de 750 pages. — Prix : 9 fr.

Clinique médicale sur les maladies des femmes, par M. G. BERNUTZ, médecin de la Pitié, et M. E. GOUPIL, médecin du bureau central. 2 vol. grand in-8o. — Prix : 18 fr.

Franco par la poste, sans augmentation de prix, contre un bon ou des timbres-poste.

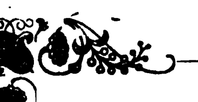
Guide et questionnaire de tous les examens de médecine et des concours de l'internat, de l'externat et de l'École pratique, avec les réponses des examinateurs eux-mêmes aux questions les plus difficiles, et suivi de grands tableaux synoptiques inédits d'anatomie et de pathologie; par le docteur BERTON. 1 vol. gr. in-18 de 186 pages. — Prix : 2 fr. 50

Paris, chez *Germer-Baillière,* libraire-éditeur, rue de l'École de Médecine, 17

TABLE DES MATIÈRES.

TRAVAUX ORIGINAUX.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.




Le *Journal de Médecine de Bordeaux* se publie mensuellement. Il paraît, du 15 au 20 de chaque mois, 3 à 4 feuilles in-8°, formant, chaque année, un beau volume de près de 600 pages.

Prix de l'abonnement........................... 10 fr.

ON S'ABONNE

Chez M. MARTIN-BARBET, pharmacien, cours de Tourny, 23, à Bordeaux.

Les ouvrages dont les auteurs désirent faire insérer des analyses dans le Journal; les mémoires, articles, réclamations, en un mot tout ce qui concerne la rédaction, doit être adressé *franco* à M. Costes, rédacteur en chef, rue Beaubadat, 25.






JOURNAL

DE MÉDECINE

DE BORDEAUX,

Publié par

MM. **AZAM**, Professeur-adjoint de Clinique chirurgicale; **BARBET**, Professeur de Pharmacie et de Toxicologie; **BITOT**, Professeur d'Anatomie et de Physiologie; **COSTES**, Professeur de Pathologie externe et de Médecine opératoire; **GINTRAC**, Directeur de l'École de Médecine; Henri **GINTRAC**, Professeur de Clinique interne, Médecin des épidémies; **JEANNEL**, Pharmacien principal à l'Hôpital militaire, Professeur de Matière médicale et de Thérapeutique; **MARTIN-BARBET**, Membre de la Société de Pharmacie; **ORÉ**, Professeur-adjoint d'Anatomie et de Physiologie; **ROUSSET**, Professeur d'Accouchements et de Maladies des femmes et des enfants, et de Clinique obstétricale; **VENOT**, Chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean (Vénériens), Professeur libre de Clinique syphilographique.

Rédacteur en Chef : M. COSTES.

DEUXIÈME SÉRIE. — 9me ANNÉE.

4e No. — Avril 1864.

BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,

ancien hôtel de l'Archevêché, rue Guiraude, 11.

1864



TABLE DES MATIÈRES.

TRAVAUX ORIGINAUX.

TRAVAUX DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

VARIÉTÉS.

OUVRAGES EN VENTE.

La fièvre typhoïde, par le Dr G.-A. Mandon (de Limoges), ancien interne, lauréat *(bis),* 1er prix des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de Médecine de Paris. *(Ouvrage couronné par la Société impériale de Médecine de Bordeaux.)* 1 vol. in-8° de 420 pages : 6 fr.

Traité de la Stérilité chez la femme, considérée particulièrement sous le rapport de ses causes et de son traitement, suivi de nombreuses observations de guérison, par H.-D. Maheux, docteur en médecine de la Faculté de Paris. 1 vol. gr. in-18 de 216 pages. 2 fr. 50.

Mémoire sur le traitement de la phthisie pulmonaire (pneumo-phymie), par O. Tamin Despalles, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Brochure in-8° de 50 pages. 1 fr. 25.

Lettres sur la contagion, par le Dr A. Neller, médecin major de 1re classe à l'hôpital militaire de Strasbourg. Broch. in-8° de 41 p. — 1 fr. 50.

Tous ces ouvrages viennent de paraître à la librairie de Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

Annuaire médical et pharmaceut. de la France, par le Dr Félix Roubaud, médecin inspecteur des eaux minérales de Pougues. — Prix, *franco,* pour toute la France : 4 fr.

Adresser un mandat ou des timbres au directeur de la *France médicale,* 13, rue de la Monnaie.

Agenda comptable du médecin pour 1864. — Un beau volume de *poche* ou de *cabinet,* relié à l'anglaise. — Prix : 1 fr. 50 c.

Mémoire sur la Prostitution publique, et Parallèle complet de la Prostitution romaine et de la Prostitution contemporaine, suivis d'une *Étude sur le Dispensaire de Salubrité de Bordeaux,* d'une *Statistique des Vénériens dans la garnison de Bordeaux,* et d'un *Essai de Statistique de l'Infection vénérienne dans les garnisons de l'empire français;* par le Dr J. Jeannel. — Paris, *Germer Baillière,* libraire-éditeur.

Principes de Pathologie générale; par M. P.-Em. Chauffard, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. 1 fort vol. in-8° de 750 pages. — Prix : 9 fr.




Le *Journal de Médecine de Bordeaux* se publie mensuellement. Il paraît, du 15 au 20 de chaque mois, 3 à 4 feuilles in-8°, formant, chaque année, un beau volume de près de 600 pages.

Prix de l'abonnement........................ **10 fr.**

—

ON S'ABONNE

Chez M. MARTIN-BARBET, pharmacien, cours de Tourny, 23, à Bordeaux.

Les ouvrages dont les auteurs désirent faire insérer des analyses dans le Journal; les mémoires, articles, réclamations, en un mot tout ce qui concerne la rédaction, doit être adressé *franco* à M. Costes, rédacteur en chef, rue Beaubadat, 25.





JOURNAL DE MÉDECINE

DE BORDEAUX,

Publié par

MM. **AZAM**, Professeur-adjoint de Clinique chirurgicale; **BARBET**, Professeur de Pharmacie et de Toxicologie; **BITOT**, Professeur d'Anatomie et de Physiologie; **COSTES**, Professeur de Pathologie externe et de Médecine opératoire; **GINTRAC**, Directeur de l'École de Médecine; HENRI **GINTRAC**, Professeur de Clinique interne, Médecin des épidémies; **JEANNEL**, Pharmacien principal à l'Hôpital militaire, Professeur de Matière médicale et de Thérapeutique; **MARTIN-BARBET**, Membre de la Société de Pharmacie; **ORÉ**, Professeur-adjoint d'Anatomie et de Physiologie; **ROUSSET**, Professeur d'Accouchements et de Maladies des femmes et des enfants, et de Clinique obstétricale; **VENOT**, Chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean (Vénériens), Professeur libre de Clinique syphilographique.

Rédacteur en Chef : M. COSTES.

DEUXIÈME SÉRIE. — 9me ANNÉE.

6e N°. — Juin 1864.

BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,

ancien hôtel de l'Archevêché, rue Guiraude, 11.

1864




Le *Journal de Médecine de Bordeaux* se publie mensuellement. Il paraît, du 15 au 20 de chaque mois, 3 à 4 feuilles in-8°, formant, chaque année, un beau volume de près de 600 pages.

Prix de l'abonnement.......................... **10 fr.**

—

ON S'ABONNE

Chez M. MARTIN-BARBET, pharmacien, cours de Tourny, 23, à Bordeaux.

Les ouvrages dont les auteurs désirent faire insérer des analyses dans le Journal; les mémoires, articles, réclamations, en un mot tout ce qui concerne la rédaction, doit être adressé *franco* à M. COSTES, rédacteur en chef, rue Beaubadat, 25.



JOURNAL

DE MÉDECINE

DE BORDEAUX,

Publié par

MM. **AZAM**, Professeur-adjoint de Clinique chirurgicale; **BARBET**, Professeur de Pharmacie et de Toxicologie; **BITOT**, Professeur d'Anatomie et de Physiologie; **COSTES**, Professeur de Pathologie externe et de Médecine opératoire; **GINTRAC**, Directeur de l'École de Médecine; HENRI **GINTRAC**, Professeur de Clinique interne, Médecin des épidémies; **JEANNEL**, Pharmacien principal à l'Hôpital militaire, Professeur de Matière médicale et de Thérapeutique; **MARTIN-BARBET**, Membre de la Société de Pharmacie; **ORÉ**, Professeur-adjoint d'Anatomie et de Physiologie; **ROUSSET**, Professeur d'Accouchements et de Maladies des femmes et des enfants, et de Clinique obstétricale; **VENOT**, Chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean (Vénériens), Professeur libre de Clinique syphilographique.

Rédacteur en Chef : M. COSTES.

DEUXIÈME SÉRIE. — 9me ANNÉE.

6e No. — Juin 1864.

BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,

ancien hôtel de l'Archevêché, rue Guiraude, 11.

1864

TABLE DES MATIÈRES.

TRAVAUX ORIGINAUX.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

OUVRAGES EN VENTE.

La fièvre typhoïde, par le Dr G.-A. Mandon (de Limoges), ancien interne, lauréat *(bis)*, 1er prix des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de Médecine de Paris. *(Ouvrage couronné par la Société impériale de Médecine de Bordeaux.)* 1 vol. in-8° de 420 pages : 6 fr.

Traité de la Stérilité chez la femme, considérée particulièrement sous le rapport de ses causes et de son traitement, suivi de nombreuses observations de guérison, par H.-D. Maheux, docteur en médecine de la Faculté de Paris. 1 vol. gr. in-18 de 216 pages 2 fr. 50.

Mémoire sur le traitement de la phthisie pulmonaire (pneumo-phymie), par O. Tamin Despalles, docteur en médecine de la Faculté de Paris. Brochure in-8° de 50 pages. 1 fr. 25.

Lettres sur la contagion, par le Dr A. Neller, médecin major de 1re classe à l'hôpital militaire de Strasbourg. Broch. in-8° de 41 p. — 1 fr. 50.

Tous ces ouvrages viennent de paraître à la librairie de Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

Mémoire sur la Prostitution publique, et Parallèle complet de la Prostitution romaine et de la Prostitution contemporaine, suivis d'une *Étude sur le Dispensaire de Salubrité de Bordeaux*, d'une *Statistique des Vénériens dans la garnison de Bordeaux*, et d'un *Essai de Statistique de l'Infection vénérienne dans les garnisons de l'empire français;* par le Dr J. Jeannel. — Paris, *Germer Baillière*, libraire-éditeur.

Manuel de matière médicale et de thérapeutique comparée et de Pharmacie, par M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine. 4e édition, t. I. — Prix de l'ouvrage complet : 14 fr.

De la surdité et de quelques nouveaux moyens pour constater et guérir cette affection, par le Dr N. Heriche, ancien médecin de la Charité maternelle de Lyon et des Dispensaires de la même ville, etc. 2e édition, 1 vol. in-8° : 2 fr.

De la fièvre typhoïde, par le Dr E. Marx, ex-interne (1er au concours), ex-aide de clinique médicale et chirurgicale à l'Hôpital Saint-André de Bordeaux. 1 vol. in-8° : 3 fr.

Mémoires de Médecine et de Chirurgie, par le Dr F. Moutet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier. 2e série, 1 vol. in-8°.




Le *Journal de Médecine de Bordeaux* se publie mensuellement. Il paraît, du 15 au 20 de chaque mois, 3 à 4 feuilles in-8°, formant, chaque année, un beau volume de près de 600 pages.

Prix de l'abonnement........................ 10 fr.

ON S'ABONNE

Chez M. MARTIN-BARBET, pharmacien, cours de Tourny, 23, à Bordeaux.

Les ouvrages dont les auteurs désirent faire insérer des analyses dans le Journal; les mémoires, articles, réclamations, en un mot tout ce qui concerne la rédaction, doit être adressé *franco* à M. Costes, rédacteur en chef, rue Beaubadat, 25.






JOURNAL

DE MÉDECINE

DE BORDEAUX,

Publié par

MM. **AZAM**, Professeur-adjoint de Clinique chirurgicale; **BARBET**, Professeur de Pharmacie et de Toxicologie; **BITOT**, Professeur d'Anatomie et de Physiologie; **COSTES**, Professeur de Pathologie externe et de Médecine opératoire; **GINTRAC**, Directeur de l'École de Médecine; HENRI **GINTRAC**, Professeur de Clinique interne, Médecin des épidémies; **JEANNEL**, Pharmacien principal à l'Hôpital militaire, Professeur de Matière médicale et de Thérapeutique; **MARTIN-BARBET**, Membre de la Société de Pharmacie; **ORÉ**, Professeur-adjoint d'Anatomie et de Physiologie; **ROUSSET**, Professeur d'Accouchements et de Maladies des femmes et des enfants, et de Clinique obstétricale; **VENOT**, Chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean (Vénériens), Professeur libre de Clinique syphilographique.

Rédacteur en Chef : M. COSTES.

DEUXIÈME SÉRIE. — 9me ANNÉE.

8e No. — Août 1864.

BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,

ancien hôtel de l'Archevêché, rue Guiraude, 11.

1864

TABLE DES MATIÈRES.

TRAVAUX ORIGINAUX.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Nous avons reçu le second demi-volume du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*. Le tome I, aujourd'hui complet, comprend plus de 800 pages et de nombreuses figures. Nous avons remarqué dans la deuxième partie les articles suivants :

Agonie, par Jaccoud; — *Air*, par Buignet, A. Tardieu et Jules Rochard; — *Albuminurie*, par Jaccoud; — *Alcoolisme*, par Alfred Fournier; — *Aliments, Alimentation*, par Oré; — *Amaurose, Amblyopie*, par R. Liebreich.

Nous annoncions, il y a six semaines, la première partie de ce Dictionnnaire, et nous attendions avec confiance la publication d'un nouveau volume complet dans trois mois.

TABLE DES MATIÈRES.

TRAVAUX ORIGINAUX.

BIBLIOGRAPHIE.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

OUVRAGES EN VENTE.

Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, illustré de figures intercal. dans le texte, rédigé par Bernutz, Bœckel, Buignet, Cusco, Denucé, Desnos, Désormeaux, Devilliers, Alf. Fournier, H. Gintrac, Giraldès, Gosselin, Alph. Guérin, A. Hardy, Hirtz, Jaccoud, Kœberlé, S. Laugier, Liebreich, P. Lorain, Marcé, A. Nélaton, Oré, Panas, V.-A. Racle, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Trousseau. — Directeur de la rédaction : le Dr Jaccoud.

Conditions de la Souscription :

Le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, illustré de figures intercalées dans le texte, se composera de 12 à 15 vol. in-8° cavalier de 800 pages.

Prix de chaque vol. de 800 p., avec fig. intercal. dans le texte : 10 fr.

Il sera publié trois volumes par an. — Les volumes seront envoyés *franco* par la poste, aussitôt leur publication, aux souscripteurs des départements, sans augmentation sur le prix fixé.

On peut souscrire dès aujourd'hui chez *J.-B. Baillière et fils,* libraires de l'Académie impériale de Médecine, et chez tous les libraires des départements et de l'étranger.

Bibliographie. — *Socrate était-il fou?* Réponse à M. Bally (de l'Académie de Médecine); par M. Bourneville, rédacteur au *Journal de Médecine mentale.* Brochure in-8°. — Paris, *V. Masson.* Prix : 50 c

Des Trichines, par Rud. Virchow; traduit de l'allemand par E. Onimus, élève des hôpitaux de Paris. In-8° de 55 pages, avec 5 figures et une planche lithographiée. Prix : 2 fr.

Conférence publique sur l'hétérogénie ou génération spontanée, faite à la Faculté de Médecine de Paris le 28 juin 1864, par le Dr N. Joly (de Toulouse). In-8° de 40 pages. Prix : 50 c.

La fièvre typhoïde, par le Dr G.-A. Mandon (de Limoges), ancien interne, lauréat *(bis)*, 1er prix des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de Médecine de Paris. *(Ouvrage couronné par la Société impériale de Médecine de Bordeaux.)* 1 vol. in-8° de 420 pages : 6 fr.

Tous ces ouvrages viennent de paraître à la librairie de Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

Mémoire sur la Prostitution publique, et Parallèle complet de la Prostitution romaine et de la Prostitution contemporaine, suivis d'une *Étude sur le Dispensaire de Salubrité de Bordeaux,* d'une *Statistique des Vénériens dans la garnison de Bordeaux,* et d'un *Essai de Statistique de l'Infection vénérienne dans les garnisons de l'empire français;* par le Dr J. Jeannel. — Paris, *Germer Baillière,* libraire-éditeur.




Le *Journal de Médecine de Bordeaux* se publie mensuellement. Il paraît, du 15 au 20 de chaque mois, 3 à 4 feuilles in-8°, formant, chaque année, un beau volume de près de 600 pages.

Prix de l'abonnement........................ **10 fr.**

ON S'ABONNE

Chez M. MARTIN-BARBET, pharmacien, cours de Tourny, 23, à Bordeaux.

Les ouvrages dont les auteurs désirent faire insérer des analyses dans le Journal; les mémoires, articles, réclamations, en un mot tout ce qui concerne la rédaction, doit être adressé *franco* à M. COSTES, rédacteur en chef, rue Beaubadat, 25.








JOURNAL

DE MÉDECINE

DE BORDEAUX,

Publié par

MM. **AZAM**, Professeur-adjoint de Clinique chirurgicale; **BARBET**, Professeur de Pharmacie et de Toxicologie; **BITOT**, Professeur d'Anatomie et de Physiologie; **COSTES**, Professeur de Pathologie externe et de Médecine opératoire; **GINTRAC**, Directeur de l'École de Médecine; Henri **GINTRAC**, Professeur de Clinique interne, Médecin des épidémies; **JEANNEL**, Pharmacien principal à l'Hôpital militaire, Professeur de Matière médicale et de Thérapeutique; **MARTIN-BARBET**, Membre de la Société de Pharmacie; **ORÉ**, Professeur-adjoint d'Anatomie et de Physiologie; **ROUSSET**, Professeur d'Accouchements et de Maladies des femmes et des enfants, et de Clinique obstétricale; **VENOT**, Chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean (Vénériens), Professeur libre de Clinique syphilographique.

Rédacteur en Chef : M. COSTES.

DEUXIÈME SÉRIE. — 9me ANNÉE.

10e No. — Octobre 1864.

BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,

ancien hôtel de l'Archevêché, rue Guiraude, 11.

1864



TABLE DES MATIÈRES.

TRAVAUX ORIGINAUX.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

OUVRAGES EN VENTE.

Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, illustré de figures intercal. dans le texte, rédigé par Bernutz, Bœckel, Buignet, Cusco, Denucé, Desnos, Désormeaux, Devilliers, Alf. Fournier, H. Gintrac, Giraldès, Gosselin, Alph. Guérin, A. Hardy, Hirtz, Jaccoud, Kœberlé, S. Laugier, Liebreich, P. Lorain, Marcé, A. Nélaton, Oré, Panas, V.-A. Racle, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Trousseau. — Directeur de la rédaction : le Dr Jaccoud.

Conditions de la Souscription :

Le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques,* illustré de figures intercalées dans le texte, se composera de 12 à 15 vol. in-8° cavalier de 800 pages.

Prix de chaque vol. de 800 p., avec fig. intercal. dans le texte : 10 fr.

Il sera publié trois volumes par an. — Les volumes seront envoyés *franco* par la poste, aussitôt leur publication, aux souscripteurs des départements, sans augmentation sur le prix fixé.

On peut souscrire dès aujourd'hui chez *J.-B. Baillière et fils,* libraires de l'Académie impériale de Médecine, et chez tous les libraires des départements et de l'étranger.

Bibliographie. — *Socrate était-il fou?* Réponse à M. Bally (de l'Académie de Médecine); par M. Bourneville, rédacteur au *Journal de Médecine mentale.* Brochure in-8°. — Paris, *V. Masson.* Prix : 50 c

Des Trichines, par Rud. Virchow; traduit de l'allemand par E. Onimus, élève des hôpitaux de Paris. In-8° de 55 pages, avec 5 figures et une planche lithographiée. Prix : 2 fr.

Conférence publique sur l'hétérogénie ou génération spontanée, faite à la Faculté de Médecine de Paris le 28 juin 1864, par le Dr N. Joly (de Toulouse). In-8° de 40 pages. Prix : 50 c.

La fièvre typhoïde, par le Dr G.-A. Mandon (de Limoges), ancien interne, lauréat *(bis),* 1er prix des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de Médecine de Paris. *(Ouvrage couronné par la Société impériale de Médecine de Bordeaux.)* 1 vol. in-8° de 420 pages : 6 fr.

Tous ces ouvrages viennent de paraître à la librairie de Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

Mémoire sur la Prostitution publique, et Parallèle complet de la Prostitution romaine et de la Prostitution contemporaine, suivis d'une *Étude sur le Dispensaire de Salubrité de Bordeaux,* d'une *Statistique des Vénériens dans la garnison de Bordeaux,* et d'un *Essai de Statistique de l'Infection vénérienne dans les garnisons de l'empire français;* par le Dr J. Jeannel. — Paris, *Germer Baillière,* libraire-éditeur.




Le *Journal de Médecine de Bordeaux* se publie mensuellement. Il paraît, du 15 au 20 de chaque mois, 3 à 4 feuilles in-8°, formant, chaque année, un beau volume de près de 600 pages.

Prix de l'abonnement........................ **10** fr.

ON S'ABONNE

Chez M. MARTIN-BARBET, pharmacien, cours de Tourny, 23, à Bordeaux.

Les ouvrages dont les auteurs désirent faire insérer des analyses dans le Journal; les mémoires, articles, réclamations, en un mot tout ce qui concerne la rédaction, doit être adressé *franco* à M. Costes, rédacteur en chef, rue Beaubadat, 25.





JOURNAL

DE MÉDECINE

DE BORDEAUX,

Publié par

MM. **AZAM,** Professeur-adjoint de Clinique chirurgicale; **BARBET,** Professeur de Pharmacie et de Toxicologie; **BITOT,** Professeur d'Anatomie et de Physiologie; **COSTES,** Professeur de Pathologie externe et de Médecine opératoire; **GINTRAC,** Directeur de l'École de Médecine; Henri **GINTRAC,** Professeur de Clinique interne, Médecin des épidémies; **JEANNEL,** Pharmacien principal à l'Hôpital militaire, Professeur de Matière médicale et de Thérapeutique; **MARTIN-BARBET,** Membre de la Société de Pharmacie; **ORÉ,** Professeur-adjoint d'Anatomie et de Physiologie; **ROUSSET,** Professeur d'Accouchements et de Maladies des femmes et des enfants, et de Clinique obstétricale; **VENOT,** Chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean (Vénériens), Professeur libre de Clinique syphilographique.

Rédacteur en Chef : M. COSTES.

DEUXIÈME SÉRIE. — 9me ANNÉE.

11e N°. — Novembre 1864.

BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,

ancien hôtel de l'Archevêché, rue Guiraude, 11.

1864

TABLE DES MATIÈRES.

TRAVAUX ORIGINAUX.

BIBLIOGRAPHIE.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

CHRONIQUE.

OUVRAGES EN VENTE.

Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, illustré de figures intercal. dans le texte, rédigé par Bernutz, Bœckel, Buignet, Cusco, Denucé, Desnos, Désormeaux, Devilliers, Alf. Fournier, H. Gintrac, Giraldès, Gosselin, Alph. Guérin, A. Hardy, Hirtz, Jaccoud, Kœberlé, S. Laugier, Liebreich, P. Lorain, Marcé, A. Nélaton, Oré, Panas, V.-A. Racle, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Trousseau. — Directeur de la rédaction : le Dr Jaccoud.

Conditions de la Souscription :

Le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques,* illustré de figures intercalées dans le texte, se composera de 12 à 15 vol. in-8° cavalier de 800 pages.

Prix de chaque vol. de 800 p., avec fig. intercal. dans le texte : 10 fr.

Il sera publié trois volumes par an. — Les volumes seront envoyés *franco* par la poste, aussitôt leur publication, aux souscripteurs des départements, sans augmentation sur le prix fixé.

On peut souscrire dès aujourd'hui chez *J.-B. Baillière et fils,* libraires de l'Académie impériale de Médecine, et chez tous les libraires des départements et de l'étranger.

Bibliographie. — *Socrate était-il fou?* Réponse à M. Bally (de l'Académie de Médecine) ; par M. Bourneville, rédacteur au *Journal de Médecine mentale.* Brochure in-8°. — Paris, *V. Masson.* Prix : 50 c

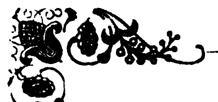
Des Trichines, par Rud. Virchow; traduit de l'allemand par E. Onimus, élève des hôpitaux de Paris. In-8° de 55 pages, avec 5 figures et une planche lithographiée. Prix : 2 fr.

Conférence publique sur l'hétérogénie ou génération spontanée, faite à la Faculté de Médecine de Paris le 28 juin 1864, par le Dr N. Joly (de Toulouse). In-8° de 40 pages. Prix : 50 c.

La fièvre typhoïde, par le Dr G.-A. Mandon (de Limoges), ancien interne, lauréat *(bis),* 1er prix des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de Médecine de Paris. *(Ouvrage couronné par la Société impériale de Médecine de Bordeaux.)* 1 vol. in-8° de 420 pages : 6 fr.

Tous ces ouvrages viennent de paraître à la librairie de Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

Mémoire sur la Prostitution publique, et Parallèle complet de la Prostitution romaine et de la Prostitution contemporaine, suivis d'une *Étude sur le Dispensaire de Salubrité de Bordeaux,* d'une *Statistique des Vénériens dans la garnison de Bordeaux,* et d'un *Essai de Statistique de l'Infection vénérienne dans les garnisons de l'empire français;* par le Dr J. Jeannel. — Paris, *Germer Baillière,* libraire-éditeur.




Le *Journal de Médecine de Bordeaux* se publie mensuellement. Il paraît, du 15 au 20 de chaque mois, 3 à 4 feuilles in-8°, formant, chaque année, un beau volume de près de 600 pages.

Prix de l'abonnement........................ 10 fr.

—

ON S'ABONNE

Chez M. MARTIN-BARBET, pharmacien, cours de Tourny, 23, à Bordeaux.

Les ouvrages dont les auteurs désirent faire insérer des analyses dans le Journal; les mémoires, articles, réclamations, en un mot tout ce qui concerne la rédaction, doit être adressé *franco* à M. Costes, rédacteur en chef, rue Beaubadat, 25.




JOURNAL

DE MÉDECINE

DE BORDEAUX,

Publié par

MM. **AZAM**, Professeur-adjoint de Clinique chirurgicale; **BARBET**, Professeur de Pharmacie et de Toxicologie; **BITOT**, Professeur d'Anatomie et de Physiologie; **COSTES**, Professeur de Pathologie externe et de Médecine opératoire; **GINTRAC**, Directeur de l'École de Médecine; HENRI **GINTRAC**, Professeur de Clinique interne, Médecin des épidémies; **JEANNEL**, Pharmacien principal à l'Hôpital militaire, Professeur de Matière médicale et de Thérapeutique; **MARTIN-BARBET**, Membre de la Société de Pharmacie; **ORÉ**, Professeur-adjoint d'Anatomie et de Physiologie; **ROUSSET**, Professeur d'Accouchements et de Maladies des femmes et des enfants, et de Clinique obstétricale; **VENOT**, Chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean (Vénériens), Professeur libre de Clinique syphilographique.

Rédacteur en Chef : M. COSTES.

DEUXIÈME SÉRIE. — 9me ANNÉE.

12e No. — Décembre 1864.

BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,

ancien hôtel de l'Archevêché, rue Guiraude, 11.

1864

TABLE DES MATIÈRES.

TRAVAUX ORIGINAUX.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

CHRONIQUE.




Le *Journal de Médecine de Bordeaux* se publie mensuellement. Il paraît, du 15 au 20 de chaque mois, 3 à 4 feuilles in-8°, formant, chaque année, un beau volume de près de 600 pages.

Prix de l'abonnement........... .... 10 fr.

—

ON S'ABONNE

Chez M. MARTIN-BARBET, pharmacien, cours de Tourny, 23, à Bordeaux.

Les ouvrages dont les auteurs désirent faire insérer des analyses dans le Journal; les mémoires, articles, réclamations, en un mot tout ce qui concerne la rédaction, doit être adressé *franco* à M. COSTES, rédacteur en chef, rue Beaubadat, 25.

